

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raoul-Léonore EL KAÏM

Né le 28 novembre 1909, à Constantine

SOUFFLE SYSTOLIQUE APEXIEEN

ET

INSUFFISANCE MITRALE

(ÉTUDE STATISTIQUE, CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE)

Président : M. GUILLAIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raoul-Léonore EL KAÏM

Né le 28 novembre 1909, à Constantine

SOUFFLE SYSTOLIQUE APEXIEN

ET

INSUFFISANCE MITRALE

(ÉTUDE STATISTIQUE, CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE)

Président : M. GUILLAIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINEt.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT (Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE.	} Clinique obstétricale
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT	agrégé ... Éducation physiqu
LEDOUX-LEBARD	 Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse :

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON NEVEU

AU DOCTEUR YVES BENTATA

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR G. GUILLAIN

Professeur de Clinique neurologique
Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage du grand honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider notre
jury de thèse.*

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR Ch. LAUBRY

Médecin de l'Hôpital Broussais
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait aimer la Médecine et la
Cardiologie, en témoignage de notre pro-
fonde gratitude et de notre respectueuse
admiration.*

A M. LE DOCTEUR DANIEL ROUTIER

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail
et nous a guidé dans sa mise au point.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153313_0079

SOUFFLE SYSTOLIQUE APEXIEN ET INSUFFISANCE MITRALE

(ÉTUDE STATISTIQUE, CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE)

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Grâce à la bienveillance de notre Maître le D^r Laubry, nous avons compulsé dans son service les observations concernant les valvulites mitrales. Ces observations ont été recueillies à la consultation de polyclinique des maladies du cœur de l'Hôpital Broussais, entre les années 1929 et 1935.

Parmi les atteintes mitrales il en est qui sont caractérisées acoustiquement par un ensemble de bruits et souffles qui forment l' « onomatopée de Duroziez » ; elles correspondent à la sténose mitrale. Il en est d'autres qui sont caractérisées par un souffle holosystolique unique ; elles sont qualifiées dans les traités français d'insuffisances mitrales. Enfin, les mêmes traités nomment maladie mitrale l'association de l'onomatopée de Duroziez au souffle systolique, en faisant remarquer qu'à la sténose s'ajoute une insuffisance.

A l'étranger et particulièrement dans les pays de langue anglaise, « l'insuffisance mitrale » a perdu la

plus grande partie de son terrain. Les constatations nécropsiques ont principalement contribué à restreindre la place importante qu'elle occupait primitivement : les statistiques anatomo-pathologiques de Cabot sont très significatives à cet égard.

Mais l'anatomie pathologique n'est pas la méthode de choix pour trancher la question de façon absolue et précise.

Le reflux mitral systolique est un phénomène dynamique qui exige pour sa démonstration un contrôle pendant la vie en plein fonctionnement organique. L'examen de la valvule après la mort, sur une pièce extraite du corps, ne peut offrir que des éléments de probabilité quant à son fonctionnement rétrospectif, mais rien de plus.

En attendant que soient résolues les modalités du contrôle direct de la régurgitation mitrale, nous avons pensé qu'il n'était pas inutile d'analyser toutes les données cliniques. Elles nous ont paru susceptibles, le cas échéant, de fournir des arguments qui, pour être indirects, n'en seraient pas pour cela moins valables.

En effet, pour que l'insuffisance mitrale soit d'un degré moyen, ce qui semble le cas habituel si l'on prend pour sa mesure l'intensité du souffle systolique, il est logique de penser que la circulation pulmonaire, soumise à une incessante surpression, doit rapidement déceler sa souffrance, subjectivement et objectivement. Si l'oreillette gauche, interposée entre la mitrale et les veines pulmonaires, est capable de jouer le rôle

de capacité d'arrêt pour un certain temps, on doit nécessairement assister assez précocement à sa dilatation. Enfin, dans l'ensemble symptomatique évolutif l'insuffisance mitrale doit se montrer plus perfide que la sténose : la défense et l'adaptation contre un phénomène dynamique actif étant moins aisées que contre ce même phénomène statique, passif.

Lorsqu'on regarde ce qui se passe du côté du cœur droit, on ne peut malgré soi s'empêcher de penser par analogie que les choses se passent de la même manière au cœur gauche. Nous rappelons ce qu'est le syndrome d'insuffisance tricuspidiennne : système veineux cave turgescent, systolique, gros foie, tendu, systolique, avec expansion de tout le rebord inférieur du thorax. S'il en est de même du côté gauche, on se demande comment le système veineux pulmonaire peut résister à la puissante injection rétrograde du ventricule gauche.

Or, sans anticiper sur les résultats de notre statistique, l'observation de tous les temps a montré plus qu'abondamment la parfaite tolérance des mitralites à souffle systolique apexien isolé. Comparées à celles qui sont effectivement des sténoses mitrales, elles se présentent avec des caractères de bénignité durable que ces dernières perdent très rapidement au cours de l'existence.

Quant aux « maladies mitrales » où le souffle systolique apexien est le témoin pour les classiques français de l'insuffisance qui complique le rétrécissement mitral, elles méritent elles aussi d'être contrôlées par

l'analyse clinique. Dans la plupart des cas elles constituent une catégorie de cardio-valvulites plus graves que celles où existe séparément, soit le souffle systolique de pointe, soit l'onomatopée de Duroziez ; mais cette gravité trouve déjà son explication dans l'extension plus grande du processus inflammatoire (qui déborde de la valvule sur l'oreillette et le ventricule) avant de faire intervenir le reflux rétrograde.

Nous pensons donc que, dans quelque cas que ce soit de mitralite, qu'il s'agisse d'un souffle systolique seul, d'une sténose pure, d'une « maladie mitrale », *l'insuffisance* mitrale, c'est-à-dire le reflux systolique du sang dans l'oreillette gauche et vers l'arbre veineux pulmonaire, a de bonnes raisons de donner des signes cliniques. Aussi, dans le dépouillement des observations susdites, nous sommes-nous efforcé de relever avec soin tous les signes, subjectifs et objectifs, ainsi que les données anamnestiques et évolutives. Nous avons fait certaines distinctions parmi les mitralites des deux grandes catégories suivantes :

1° *Mitralites caractérisées à l'auscultation
par un souffle systolique de pointe seul.*

Afin d'écarter les souffles systoliques des myocardites artérielles, nous n'avons retenu que les cas présentant des antécédents indubitables de rhumatisme articulaire aigu ou de chorée dans l'enfance ou l'adolescence. Nous considérons, en effet, que le rhumatisme articulaire aigu de l'adulte (après 25 ans, pour fixer une

limite précise), s'il est de la même essence que la « Maladie de Bouillaud », ne se complique jamais de cardio-valvulite.

Nous avons eu certainement tort de considérer tous les souffles systoliques de pointe, survenus après antécédents rhumatismaux de jeunesse, comme signifiant une *mitralite*, car plusieurs constatations nécropsiques nous ont montré l'intégrité absolue de l'appareil mitral dans de tels cas. Mais il était impossible de faire autrement dans cette analyse uniquement clinique où, malgré qu'on en ait, aucun critérium même acoustique ne permet d'affirmer l'atteinte franchement organique de la mitrale.

*2^o Mitralites caractérisées à l'auscultation
par l'onomatopée de Duroziez.*

Celles-ci correspondent à une sténose mitrale, résultant d'un processus inflammatoire et non, ainsi que l'enseigne très justement notre Maître Laubry, d'un vice congénital. Aussi n'avons-nous pas exigé, chaque fois que le diagnostic de sténose mitrale s'imposait, un antécédent rhumatismal obligatoire ; l'existence d'une sténose mitrale implique pour nous la maladie de Bouillaud, infection cardiotrope de la jeunesse, à germe encore inconnu.

CHAPITRE II

CLASSEMENT

Sur 5.000 dossiers que nous avons consultés, nous avons extrait 530 cas de mitralites se répartissant en :

- A. 315 cas caractérisés par un souffle systolique de pointe.
- B. 215 cas caractérisés par l'onomatopée de Duroziez.

Dans la première catégorie (A) nous avons établi les divisions suivantes :

- a) Souffles systoliques apexiens isolés.
- b) Souffles systoliques accompagnés d'un souffle diastolique de la base.
- c) Souffles systoliques accompagnés d'un éclat systolique ou d'un dédoublement du 2^e bruit et éventuellement d'autres signes acoustiques.
- d) Souffles systoliques accompagnés de l'onomatopée de Duroziez complète.

La catégorie B comporte deux divisions :

- 1^o Rétrécissements mitraux en rythme régulier ;
- 2^o Rétrécissements mitraux en arythmie complète.

Nos observations ne comportant pas toujours un examen radiologique, nous avons séparé les cas en deux groupes, l'un où il existe, l'autre où il n'existe pas de compte rendu radiologique.

Nous avons adopté, pour l'ordre de classement, celui de l'âge lors de la première consultation à la polyclinique de Broussais.

Nous avons dressé des tableaux comportant 12 colonnes dont la nomenclature suit :

- 1^{re} Colonne : Numéro du dossier.
- | | | |
|-----------------|---|---|
| 2 ^e | — | Age lors de la 1 ^{re} consultation à Broussais. |
| 3 ^e | — | Sexe. |
| 4 ^e | — | Age de la 1 ^{re} crise de rhumatisme articulaire aigu ou de chorée. |
| 5 ^e | — | Age lors du diagnostic de cardiopathie porté pour la 1 ^{re} fois. |
| 6 ^e | — | Age lors du début des troubles fonctionnels et généraux. |
| 7 ^e | — | Signes fonctionnels et généraux. |
| 8 ^e | — | Signes décelés par l'examen physique du cœur. |
| 9 ^e | — | Chiffres de la tension artérielle et fréquence des battements cardiaques. |
| 10 ^e | — | Compte rendu de l'examen radiologique (colonne supprimée dans le deuxième groupe de cas). |
| 11 ^e | — | Relevé des accidents pleuro-pulmonaires. |
| 12 ^e | — | Observations particulières et évolution ultérieure. |

Enfin, pour la commodité de la mise en page, nous avons utilisé nombre d'abréviations, dont la liste suit.

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Examen physique.

SS.....	: Souffle systolique.
SD.....	: Souffle diastolique.
Rt.....	: Roulement diastolique.
Dt.....	: Dédoublement.
Ec.....	: Eclat.
Dble S.....	: Double souffle de base.
prés.....	: Présystolique.
I.....	: 1 ^{er} bruit.
II.....	: 2 ^e bruit.
Frémt.....	: Frémissement.
HoS.....	: Holosystolique.
Pte.....	: Pointe.
Esp. Interc...	: Espace intercostal.
ES.....	: Extra-systoles.
Gp.....	: Galop.
AC.....	: Arythmie complète.
Imp.....	: Impulsion.
—→.....	: Irradiant vers.
Ax.....	: Aisselle.

Signes fonctionnels et généraux.

Pons.....	: Palpitations.
Dy.....	: Dyspnée.
Ef.....	: Effort.
Db.....	: Décubitus.
Doul.....	: Douleurs.
Préc.....	: Précordiales.
Œd.....	: Œdème.
Mall.....	: Malléolaire.
MI.....	: Membres inférieurs.
Vert.....	: Vertiges.
Vesp.....	: Vespéral.
F.....	: Fièvre.
Tachyc.....	: Tachycardie.
Thorac.....	: Thoracique.

Examen radiologique.

C.....	: Cœur.
VG.....	: Ventricule gauche.
VD.....	: Ventricule droit.
OG.....	: Oreillette gauche.
OD.....	: Oreillette droite.
AM.....	: Arc moyen.
AP.....	: Artères pulmonaires.
H.....	: Hiles.
Ao.....	: Aorte.
CV.....	: Colonne vertébrale.
N.....	: Normal.
RAS.....	: Rien à signaler.
+	: Augmenté de volume.
Saill.....	: Saillant.
All.....	: Allongé.
Plong.....	: Plongeant sous le diaphragme.
Tr.....	: Transverse.
BD.....	: Bord droit.

Accidents pleuro-pulmonaires.

CP.....	: Congestion pulmonaire.
OAP.....	: Œdème aigu pulmonaire.
Pl.....	: Pleurésie.
g.....	: Gauche.
dr.....	: Droite.
Tub. P.....	: Tuberculose pulmonaire.
Hémies.....	: Hémoptysies.
Crach. Hém.....	: Crachats hémoptoïques.
Bronch. ou Br... :	Bronchites.

Evolution et Observations.

RCP.....	: Rhumatisme cardiaque primitif.
RCE.....	: Rhumatisme cardiaque évolutif.
DCD.....	: Décédé.

Souffles systoliques de pointe isolés (avec examen radiologique).

No du dossier	Âge du sujet	Sexe	Âge lors de la 1 ^{re} crise	Âge lors du 1 ^{er} diagnostic de cardiopathie	Âge à l'apparition des signes fonctionnels	Signes fonctionnels et généraux	Sémiologie cardiaque	T. A.	Sémiologie radiologique	Complications pulmonaires	Evolution
10.810	4 1/2	M.	7	4	8	»	SS. pte	»	VG. légèr +	»	R.C.P.
10.824	8	F.	»	7	»	»	Gros SS. pte	10 1/2 - 6	C. relat. peu +. - AM. saill. - BD. convexe	»	»
10.823	8 1/2	F.	»	8	8	Dy. Ef.	Gros SS. pte	11 1/2 - 5	C. un peu +. - BD. convexe - AM. lég. +	»	Stigmates d'hérédo syphilis
853	10	M.	7	9	»	»	SS. pte. - Galop.	»	C. +. - BD. saillant	»	»
116	10 1/2	F.	9	9	10	Pons + Dy. à l'Ef.	Frém S. pte. - SS. pte, jet va- peur → Ax.	13 1/2 - 7 1	C. + + H. : N.	»	»
8.506	11	F.	8	11	8	Dy. Ef. - Doul. préc. - Cyanose des extrémités	S. HoS. pte → Ax.	12 - 8 P. 100	C. +, étalé, plon- geant	»	»
10.589	11 1/2	M.	9	11	11 1/2	Dy. Ef. + Pons	S. HoS pte, int.	12 - 8	C. en poire, légèr + (BG.)	»	»
10.409	13	F.	»	13	»	»	SS. pte	»	VG. +, globuleux	»	R.C.P.
10.680	14	F.	11	11	14	Dy. Ef. - Vomis- sements	S. HoS. pte, inten- se → Ax.	13 1/2 - 8	C. + (BG. et pte) le reste : N.	»	»
9.861	15	F.	14 1/2	»	14 1/2	Doul. préc.	SS. pte	14 - 8 1/2	0	»	»
6.453	15 1/2	F.	7	7	16	F. matinale Tachyc., Vertiges Doul. articulaires	SS. pte SS. pte → Ax. Plus tard : galop et Frott. péric.	13 - 9	C. + +, pte + plon- geant. - BD. saill. - Légère stase hilaire	»	»
458	17	M.	15	15	15	Dy. Ef. - Doul. préc.	S. HoS. pte → Ax.	12 - 6	C. légèr + (BG.) - AM. et BD. : N.	»	Après F. oscillante Hémoculture né- gat., DCD. à 17 1/2
667	20	M.	18	19	19	Dy. Ef. - Doul. préc. - Vertiges	SS. pte. - Batt. des artères du cou	15 - 8	C. légèr + (VG.)	»	»
75	20	M.	20	20	20	Crise RAA.	SS. endapexien	13 - 8	C. un peu +, couché	»	»
10.002	21	F.	13	21	19	Doul. préc. - Dy. Ef. et Db. - Oed. mall.	SS. pte	14 - 8 1/2	AM. saillant en O. AD.	»	»
1.050	21	F.	7	14	7	Dy. Ef. - Pons - Doul. préc.	S. HoS. pte	13 - 8	C. tout à fait N.	»	»
8.890	23	M.	12	21	22	Pons	SS. pte, jet vap → Ax.	15 - 10 P. 110	C. médian. de vol. N.	»	»
682	23	F.	5	5	20	Dy. Ef. - Oed.	SS. pte	12 - 7	C. +. - AM. et H. : N.	»	»
463	27	F.	25	25	26	mall. vesp.	Gros SS. pte	12 - 8	C. +. - AM. saillant. VG. +. - H. flous	»	»
784	28	F.	20	16	28	Pons - Dy. Ef. - Vertiges	SS. pte, rude	17 - 9	R A S.	»	»

9.976	28	F.	?	28	28	Crise RAA. - En- ceinte. - Dy. Ef. minime	SS. pte	14 - 8	C. de vol. N. - Pte abaissée. - BG. all. et légt conv.	»
»	31	M.	19	31	31	Dy. Ef. - Pons - Doul. épigastriq. Oed. mall. - Su- bictère	S.HoS. pte. - AC. Choc étalé de pte	12 - 9	Pl. tr. assez abond.	DDC. à 32 ans. - Autopsie symphy- se péricardique
10.593	31	M.	14	29	29	Dy. Ef. et Db.	Gros S.HoS. pte → Ax. - AC.	13 ½ - 8	»	»
»	31	F.	?	17	30	Doul. musculaires. Faux panaris. - - Rate +	Gros SS. pte	12 - 8	»	»
9.017	33	M.	?	33	33	Dy. Ef. - Pons - Géphalées. - Gra- chats hémopt.	SS. jet vap. - ES.	21 - 14	»	»
9.019	34	F.	19	19	19	Pons - Faux-pas.- Dy. Ef. et Db.	S. tél.S. jet vap.	13 - 8	»	»
9.036	34	M.	6	14	»	Dy. Ef. - Pons - Hémies - Tuber- culose pulm.	SS. pte SS. pte, intense → Ax.	12 - 8	»	»
10.586	37	F.	16	37	16	Dy. + Pons à l'Ef. Crise de tachy- cardie	SS. pte	11 - 7	»	»
9.530	38	F.	18	38	33	Pons douloureuse Poussées de F. : 39	Petit SS. pte	17 - 5	Pl. g.	»
»	39	F.	12	39	39	Dy. parox. - Oe- dème MI.	SS. pte. - AC.	11 - 8	»	»
9.459	42	M.	13	13	41	Dy. + Pons à l'Ef. Ictus	S.HoS. pte	16 - 13	Pl. dr.	»
10.258	42	M.	12	21	24	Pons et Dy. Ef. - Cyanose, Eblois- sements	Petit SS. pte. - Galop	13 - 9	»	»
9.701	43	F.	15	20	42	Vertiges, Pons, Bourds, troubles vasomoteurs	S.HoS. pte. - AC. Ax.	18 - 11 P.: 106	»	Evolution vers AC
10.402	38	F.	10	48	»	Céphalées, Doul. préc. à type an- gineux	S. pte, doux → Ax.	19 - 10	»	»
10.765	51	F.	17	17	48	Doul. parasterna- les g. à l'Ef. - Pons	SS. pte	18 - 9	»	»
9.599	52	F.	7	17	»	Dy. Ef. et Db.	SS. pte	15 - 7	»	»
9.815	52	M.	13	52	35	Dy. Ef. et Db.	Gros SS. pte. - AC.	12 - 7	»	A l'ECG. : allonge- ment de pR.
703	53	M.	16	35	51	Dy. Ef. et Db.	SS. pte	16 - 7	»	»

Souffles systoliques de pointe associés à des lésions aortiques (avec examen radiologique).

8.037	11	F.	7	11	»	»	SS. pte, intense SD. petit	»	C. +, AM. rectiligne, BD. un peu dévié vers droite. OG. non saill. en Tr.	»	»
9.891	12	M.	8	10	Pons - Vousure thoracique	»	SS. pte Dble S. base	»	Dextrocardie pure avec saillie AM.	»	Pancardite
6	14	F.	7	14	Pons + Dy. Ef.	»	SS. pte, jet vap. Eclat II	»	C. lég. + - Pte plongeant. - AM. all., lég. saillant. - BD. : débord. Pas de st. C. piriforme, médian	»	»
239	14 1/2	M.	10	14	Fatigue à l'effort	»	SS. pte + SD. base ES. en salves	12 - 7	lég. +	»	»
8.438	15	M.	10	13	Légère dyspnée d'effort	15	Gros SS. pte. - SD base + Dt II bas	16 - 9	C. + (BG. et Pte) AM. : N.	»	»
8.339	17	F.	7	7	Pons	17	S.HoS. pte + SD.	14 - 8	C. +, Pte convexe, AM. : N.	»	»
515	20	F.	10	20	RAA. en cours	»	SS. pte + SD. intermittent et ES	13 - 7	AM. : N.	Congestion des bases	»
390	21	M.	16	21	»	»	SS. pte Dble S. base	17 - 2	C. + (BG. et Pte)		»
363	23	F.	8	23	Dy. Ef. + douleur à l'Ef.	22	SS. pte. - Eclat II SD. base	14 - 8	C. un peu+ et un peu déformé. - H. : N.		»
265	28	M.	17	19	Dy. + Pons - Ef. - Eblouissements	28	S.HoS. pte. Eclat II. - S.HoS. 3° espace g.	16 - 10	C. et Ao. : léger allongt du VG.	»	»
736	28	M.	22	22	Dy. Ef. - Doul. préc.	22	SS. pte → Ax. SD.	12 - 7	C. un peu+	»	»
8.436	28	M.	8	25	Pons - Doul. préc. Oed. mall.	28	SS. pte - Dble S. base. - Choc en dôme	18 - 0	C. + + - BG. et Pte conv. plongeant	»	»
»	31	M.	14	18	Crise tachyc. + dyspnée	30	SS. pte → dos SD. base	19 - 6	C. + + (BG. et Pte)	Pleurésie bilat.	DCD à 31 ans
8.539	32	F.	8	13	Pons - Dy. Ef. - Oed. mall.	21	S.HoS. pte → Ax. SD. base. - AC.	12 - 6	C. + +, triang. - AM. très allongé BD. saill. - Stase C. +, plongeant. BD. saill. - Stase → veineuse		Evol. par adjonction de SS. base et Déd. II
8.698	32	M.	24	25	Pons + Dy. Ef. - Doul. préc. - Elocution difficile	31	S.HoS. pte, rude → Ax. - Dble S. base	16 - 6			»
10.739	32	F.	25	32	par crises Enceinte. - Dy. E Pons. - Hémies	»	Gros SS. pte → Ax. SD. base	15 - 4	C. un peu+, surélevé. - H. : N.	»	»
8.788	34	F.	18	34	Dy. Db. + Pons. - Dy. Ef.	33	Léger SS. pte. - SD. base	12 - 7	BG. convexe, le reste : N.	»	»

7.953	37	M.	21	37	37	Pons, fatigue gén.	SS. pte. - Dble S. base. - AC. - Choc en masse	17 - 5	C. triang. - BG. rec-til. - AM. très long	»
9.971	38	F.	11	38	38	Dy. Ef. et Db. - Doul. miguales et préc.	SS. pte. - Dble S. base	15 - 8	C. et Ao. : N. AP. assez visibles	»
»	38	M.	20	20	25	Dy. Ef. - Hémop-tyses	S HoS., piaulant → Ax. SD. 3 ^e Esp. - Galop	14 - 6	C. + + (Pte + +) - H. épais et flous (AP. + Stase)	»
615	38	M.	21	38	38	Dy. Ef. - Pons - (gêne préc.	SS. pte - Dble S. base	13 1/2 - 9	C. : N.	»
8.457	39	M.	22	22	22	Dy. Ef. et Db. - Pons - Doul. pr. - Oed. mall.	SS. pte, jet vap. - Dble S. base. - Galop	18 - 3	C. + + (BG. et Pte sur l.). - Ao. : N.	C. P. fréq.
814	40	M.	16	40	35	Dy. Ef. + -, Mal-laises	SS. pte, assez toux SD. mésoc. - AC.	14 - 8	C. + +, - Dble feston. AM. - BD. tr. saill. avec dble contour probable	»
8.784	43	M.	10	43	42	Dy. Ef. modérée. - Hémie récente	S. HoS. pte, rude → Ax. - Dble S. ba	19 - 8	C. lég. + Ao. : N.	»
9.906	45	M.	19	45	45	Dy. Ef. modérée. - Fet. doul. préc.	S. HoS. pte → Ax. SD. base	15 - 8	C. +, très couché Ao. : N.	»
155	50	M.	20	35	40	Dy. Ef. progress croissante. - Ar-térite oeil. g.	SS. pte - SD. base AC.	22 - 8	C. + +, plongeant fortement	»

Evolution vers hypostolie

DCD. à 39 ans. après iclère par rétention et AC. - *Au-topste*

Souffles systoliques de pointe accompagnés de petits signes de sténose (avec examen radiologique).

8.394	7	F.	5	7	6	Doul. - Pons - Dy Ef.	Frém. - Gros S. HoS. - Ec. I. - Dt II	10 - 5 1	BG. conv. - AM. un peu saill.	»
289	7	M.	7	7	»	»	Gros SS. pte - Dt II	10 - 5	C. à la limite des dimensions N.	»
59	7 1/2	M.	3	3	»	»	SS. pte. - Dt II pte	»	Très gros C. (BG. et Pte) - BD. : N. - En Tr. : obscurité VG. +, Pte plong. - Ombres hilaires N.	»
335	12	M.	5	12	10	Doul. préc. - Pons et Dy. Ef.	SS. doux. - Ec. I. - Dt II	9 - 6		»
10.490	12	F.	8	11	»	»	SS. - Ec. I	15 - 10	C. + - AM. saill. lég	»
220	13	F.	11	11	11	Doul. préc. - Toux Amaigr.	SS. pte. - Dt II bref	11 - 7	C. + - AM. saill. et all.	»

Evol. vers RM. confirmé, + SD. base

8.396	13	M.	10	10	12	Cyanose fréquent	SS. pte. - Dt II base	14 - 6	C.+ (V.G) - le reste N.	»	»
761	15	M.	15	15	15	Crise RAA.	SS. pte. - Dt II	14 - 8	C. un peu +	»	Congestion des bases
100	18	F.	15	16	15	Dy. Ef. et Db. - Pons	SS. pte. - Ec. I	»	C.+ (BG. et Pte)	»	»
9.570	18	M.	18	18	18	Dy. Ef. légère. - ES.	Gros SS. pte. - Ec I	»	C.+,+, plong. et dé- formé	»	»
8.652	22	F.	»	»	22	Dy. Ef. et Db.	SS. pte. - Ec. I	17 - 12	AM. un peu all., non saill.	»	»
128	23	F.	13	23	13	Doul. - Dy. Ef. et Db.	S.HoS. - Dt II	13 - 9	C. sensiblement N.	»	»
273	24	F.	17	24	24	Dy. Ef. - Pons nocturnes	Petit SS. - Dt II	12 - 5	C. : N.	»	»
9.876	25	F.	18	25	24	Dy. - Doul. préc. et artic. - foux	Gros SS. pte - Ec. I	12 - 7	VG.+ - AM. saill. - Pas de stase	»	»
327	28	F.	8	9	25	Pons - Dy. Ef. et Db.	Petit SS. - Ec. I Frém	»	VG.+ - légère saillie BD. et AM - légère stase	»	»
18	29	F.	11	25	»	»	SS. jet vap. - Ec. I	»	C. globuleux. - AM. et BD. lég. saill.	»	»
9.355	30	F.	18	18	»	Dy. Ef. - Bourdts	SS. pte - Ec. I	17 - 9	Petit C. - AM. all.	»	»
»	30	M.	25	30	30	Dy. Db. - Epista- xis. - Troubles dyspeptiques	SS. pte - Impul- sion I. - Dt II	15 - 10	C. de vol. N. - Hiles un peu épais. - Ar- borescences +	»	»
8.725	32	M.	18	18	»	Légère Dy. Ef. - Bacillose pulm.	SS. - Dt II. - Im- pulsion I	15 - 10	C. paraît N.	»	»
»	34	F.	7	34	»	Crise RAA.	SS. pte - Dt II	12 - 8	Aspect partit N.	»	»
488	34	F.	22	34	31	Dy. Ef. - Fatigue +	SS. pte - Dt II. - AC.	»	C.+ - AM. saill. et all. - OG.+	»	»
8.928	35	F.	13	13	13	Dy. Ef. - Pons - Toux	SS. rude. - Dt II. - AC.	16 - 9	C.+ (Pte) - AM. saill. et all.	»	»
8.744	42	F.	12	42	12	Doul. préc. - Ef. - Pons	SS. pte - Ec. I	15 - 10	C. couché. - AM. un peu saill.	»	»

Evolut. vers RM.
confirmé

DCD à 30 ans

Pleur. dr

Id. + Lésions aortiques.

9.898	10	M.	7	10	»	Dy. Ef. - Pons	S.HoS. - SD. - Dt II	»	Pte un peu convexe	»	»
220	15	F.	10	15	13	Dy. - Pons	SS. - Dt II. - Dbl S.	»	C.+ - Pte conv. - AM. très saill. - BD. saill.	»	»
797	17	F.	17	17	16	Pons - Vertiges - Doul. préc.	S.HoS. - Dt II. - Ec. I. - SD.	14 - 7	C. un peu+ - AM. un peu +	»	»
40	22	F.	17	22	»	Pons et Dy. Ef.	SS. pte - Dt II. - Dble S.	14 - 7	C. un peu+ - Ao. ; N.	»	»

10.092	24	F.	14	24	»	»	SS. Ec. I. - SD. - Frém.	13 ½ - 7	Pte un peu conv. - H. ; N. ; C. + (VG.)	»
865	27	M.	4	27	»	Fatigue générale	SS. pte - Dt II. - SD.	13 - 4	»	»
8.769	28	M.	7	21	28	Dy. Ef. - Pons	SS. pte - Dt II. - Dble S. - AC.	»	AM. saill. - C. + ; triang. - Très grosse stase	DCD
9.409	28	F.	19	24	»	Pons - Dy. Ef.	SS. - Ec. I. - Dt II S.D. AC.	16 - 10	C. et Ao. ; N.	»
995	29	M.	16	19	27	Dy. Ef. - Toux et expector. mousseuse	SS. - Dt II. - SD. AC.	11 - 7	VG. + - BG. rectiligne. - Stase veineuse +	Oedème subaigu
508	41	F.	16	37	57	Dy. Ef. - Pons	SS. - Dt II. - S. proto D. - AC.	14 - 8	C. + + ; Pte conv. - AM. et BD. tr. saill. - AP. +. - En Tr. ; saillie énorme en avant et en arrière	»
90	43	F.	42	42	42	Doul. préc. - Dy. Ef. - Oed. mall. - Géphalées	SS. pte - Dt II. - SD.	»	C. globuleux, lég. + - AM. et H. ; N.	»
9.485	55	M.	13	55	48	Dy. Ef. et Db. - Pons	SS. pte - Dt II. - SD. - AC.	14 - 8	C. + - AM. all. - BD saill. - AP. dr. très marquée	»

Souffles systoliques de pointe avec sténose mitrale confirmée (avec examen radiologique).

221	15	F.	12	12	12	Dy. Ef. - Pons	Frém. D. - SS. pte - Rt D. - Dt II. - Galop probable	13 - 7	C. + + - Pte conv. - BD. saill. - Stase. - En Tr. ; esp. comblé	»	»
10.001	19	M.	3	19	18	Dy. Ef. +. - Doul. préc. - Pons	Frém. D. - SS. - Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	13 - 8	rectil. - BD. saill. - H. + - AP. +	»	»
4.941	24	M.	14	16	16	Dy. +. - Oed. mall. - Fatigue	S. HoS. - Gros Rt D. - Dt II	13 - 8	C. + + ; VG. all. - AM. très saill. et déformé. - OG. +	»	D C. D à 27 ans
272	20	F.	11	20	»	Dy. et Pons à l'Ef	Frém. D. - SS. - Rt D. - Ec. I. - AC.	14 - 8	C. + (OD.). - AP. visibles. - OG. +	»	»
344	21	F.	16	16	18	Dy. Ef. et Db.	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - Galop	10 ½ - 7	C. + + ; triang. - BD. saill. - AM. saill. et all. - Pte +	»	»
10.290	22	F.	7	17	»	Enceinte 2 mois	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I	10 - 5	C. + (VG.). - Le reste N.	»	»
1.087	23	F.	12	12	»	Dy. légère	SS. pte - Rt D. - Dt II	»	C. + (VG.) - BD. et AM. saill.	»	»

224	F.	24	22	24	»	Pons - Dy, Ef. - F. après fatigue, - Syncopes Ereinte 4 mois - Dy. Ef.	Frém't D. - SS. - Dt II. - Ec. I. - SD.	»	C. lég't + - AM. non saill.	»	»
10.592	F.	25	14	14	25	Fatigue - Pons	SS. - Ec. I. - Rt D. - Ec. I. - D. II	12 - 7	C. très déformé. AM. et BD. très - saill. - H. : +	»	»
10.003	F.	27	17	21	26	Dy. et Pons Ef. - Pons noct. - En- ceinte : aggravation	SS. - Dt II. - Rt D. - Frém't D. - Ec. I	14 - 5	AM. saill. - VG. et OD. + grosse stase	»	»
1.021	F.	28	16	16	23	Dy. Ef. - Oed. mall. - Vertiges	Frém't D. - SS. pte - Rt D. - Dt II	12 - 7	C. triang. - AM. all. - BD. très saill. - OG. +	»	»
»	F.	29	19	26	26	Asthénie - Amaig.	SS. - Dt II. - Rt D. - Frém't D. - Ec. I	11 - 7	C. + - AM. et BD. saill. - Stase	»	Evol. vers AC. - DCD à 31 ans
1.073	F.	30	13	17	17	Fatigue. - Oed. mall. vesp.	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I	15 - 8	Léger allong. AM. - H. : N.	»	»
9.519	M.	30	14	30	»	Essoufflement	SS. - Rt D. - Dt II. - AC.	»	C. + glob. - Stase diffuse +	»	Evol. vers SD.
9.555	F.	30	16	30	28	Dy. Ef. - Oed. mall. - Vertiges	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I	14 - 9	C. + - AM. et BD. saill.	»	»
15	F.	31	12	31	29	Dy. Ef. et Db. - Pons	Frém't D. - SS. pte - Rt D. - Dt II	»	C. peu + - BD. all. saill. - Stase moy. - OG. +	Crise d'O. AP.	»
10.294	F.	31	15	31	25	Asthénie - Amaig.	SS. rude. - Rt prés. - Ec. I. - AC.	15 - 10	C. + + - BD. et AM. saill. - H. + - Pte convexe	Hémies	Evol. vers Dble S.
217	F.	34	12	23	23	Dy. Ef. - Pons. - Vertiges	Frém't - SS. - Ec. I. - Dt II	13 - 8 P. 120	C. de vol. N. - AM. lég't saill. - Stase lé- gère	»	»
611	M.	35	28	35	»	»	S.HoS. - Rt prés. - Ec. I	13 - 9	C. + (VG.). - Ao. - N.	»	»
9.724	M.	36	8	36	»	»	SS. - Dt II. - Rt D. - AC. à forme lente	12 - 8 P. : 40	C. + + - Forte saill. lie moitié inf. AM. - BD. saill.	»	»
8.665	F.	36	25	17	33	Dy. + + - Oed. mall. - Cyanose Basedow	Frém't S. - SS. rude. - Rt D. - Ec. I	15 - 10	C. + + (Pte). - BD. saill. - Légère stase	»	»
133	F.	39	11	39	39	Pons - Dy.	SS. - Dt II. - Rt D	12 - 8	C. + - BD. et AM. saill. - Stase	»	Evol. vers AC.
8.344	F.	40	22	40	»	Pons - Dy. Ef. - Oed. mall.	SS. - Dt II. - Rt prés. - Ec. I	17 - 10	VG. + - AM. un peu all.	Tubercul. pulm.	»
747	F.	42	7	39	»	Dy. Ef. - Oed. mall.	SS. - Pte. - Rt D. - Dt II	13 - 8	Saillie de AM.	»	»
»	F.	44	14	14	14	Dy. Ef. et Db. - Pons - Oed. mall vesp.	Frém't D. - SS. pte Ec. I. - AC.	13 - 10	C. + (Pte). - AM. saill. et très all. - Débord. à dr. - H. : +	»	»

891	44	M.	20	37	37	Dy. Ef. - Doubl. préc. - Vert. Pons - Dy. Ef. et	SS. - Rt D. - Dt II	11 - 8	AP. + +	»	Fibrillation à l'EC G. DCD. à 46 ans
9.683	45	F.	18	38	28		S.HoS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I	»	C. + + - Gros débord dr. AM. et BD. très bom- bés. - H. peu alté- rés	»	»
434	48	F.	15	48	45	Dy. Ef. - Pons - Doubl. préc. Db.	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - AC.	15 - 9		»	»
10.561	49	M.	8	22	32	Doubl. préc. - Pons - Dy. Ef. et Dy. parox.	SS. rude. - Rt prés - Ec. I. - AC.	16 - 8 P. : 150	C. + + régult aug- menté. - BD. saill. - Pte conv.	»	»
7.951	51	F.	7	11	7	Dy. Ef. - Fatigue générale	S.HoS. - Rt D.	17 - 10	C. + + - BG. et BD. saill.	»	»
10.121	54	M.	16	21	53	Dy. Ef. - Asthénie	SS. - Ec. I. - Dt II II. - ES.	14 - 10	C. + + - BD. très saill.	»	»
1.083	59	F.	22	22	22	Dy. - Pons	SS. - Dt II. - Ec. I. - AC.	16 - 9	C. + + - AM. saill. - OG. +	»	Evol. vers SD.

Rétrécissements mitraux avec souffle systolique de pointe.

8.580	23	F.	12	23	10	Dy. Ef. et Db. - Enceinte	Rt D. - Ec. I. - SS léger	»	AM. un peu all.	»	»
10.278	23	F.	11	23	»	Enceinte 6 mois	Rt prés. - Ec. I. - SS. - Dt II	12 - 7	C. : N.	»	»
9.889	26	F.	»	26	18	Pons - Dy. Ef. - Oed. mall.	Frém D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II. - SS. léger	12 - 8	Petit C. - AM. un peu saill.	»	»
1.075	29	F.	»	28	»	Dy. Ef. - Pons	Ec. I. - SS. - Dt II Rt D.	10 - 6	AM. + - Arc dr. + OG. +	»	»

Souffles systoliques de pointe associés à des sténoses mitrales et des lésions aortiques (avec ex. radiol.).

9.566	11	M.	10	10	»	Dy. et Fièvre	Frém prés. - SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - SD.	»	C. +	»	»
216	11	F.	5	11	»	Pons - Etat infec- tieux. - Aphasie hémiparésie	S.HoS. - SD. - Dt II. - Ec. I. - Rt D. - AC.	11 - 3	C. + + - IP. saill. - Cavités tr. dilatées. - OG. + + - Forte stase veineuse H. flous. - C. + + dé- formé. - AM. et BD. très saill.	Hémies	»
347	12	M.	7	12	»	Pons - Dy. Ef. et Db. - Mouches volantes	SS. pte. - Dt II. - Ec. I. - SD. base	12 - 7		»	»

	13	F.	11	12	»	»	S.HoS. - Dt II. - Ec. I. - SD.	12 - 6	AM. fort saill. - Hiles déliés. - Pas de stase	»	Evol. vers péricar-dite et galop. DCD à 16 ans. Autopsie
»	127	M.	7	19	»	Pons - Dy. Ef.	SS. - Rt D. - Ec. I - Dble S. - Galop	14 - 6	C. +. - Légère stase	»	
9. 237	19	M.	16	19	16	Dy. Ef. - Pons	SS. - Rt D. - Dble S.	17 - 0	C. +. - VG. +. - Ao. déroulée	»	
82	20	F.	12	20	»	Pons - Dy. Ef.	SS. - Rt prés. - Ec I. - Dble S.	12 - 4	C. + légé déformé	»	
»	22	F.	3	13	22	Fatigue. - Dy. per-manente. - Cya-nose des lèvres	Rt prés. - Dble S. base	14 - 9	C. + +, triang. - Grosse stase vein.	»	
7. 958	25	F.	12	18	»	Pons - Dy. - Fati-gue	SS. - Rt D. - Dt I - SD.	12 - 6	C. un peu +, globu-leux	»	
313	25	F.	10	25	22	Dy. Ef. - Toux. - Hémie	Choc en dôme. - SS. - Rt D. - Ec. I. - SD. - AC.	»	C. + +, - Gros dé-bord. des cavités dr. - AM. très saill. - Grosse stase	Hémies	
9. 113	28	M.	13	28	27	Tachycardie	SS. - Rt prés. - Dble S.	»	C. + (VG.). - Petite Ao.	»	
»	30	F.	15	30	23	Dy. - Doul. préc.	Frém't - SS. - Dt II. - Rt D. - AC.	13 - 9	Cavités dr. + +; - OG. + +, empiète sur colonne. - OD. + +	Oedème pulm.	
9. 551	33	M.	19	19	19	Dy. Ef.	Gros SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - SD. base	12 - 7	C. +, déformé. - AM. all. - BD.sail. - OG. +	»	
357	33	F.	20	33	27	Pons - Asthénies. - Gène préc. - Dy. Ef. et Db.	Frém't Dy. - SS. pte. - Rt D. - Dt II. - SD. base. - AC.	11 - 6	C. + +, - Gros dé-bord. à dr. - Pointe plong. - AM. all. saill.	»	
8. 853	37	M.	17	15	37	Toux quinteuse	SS. pte. - Rt D. - SD. base	15 - 8	C. + (VG.) - BD. dé-borde	»	
8. 721	40	F.	10	30	»	Dy. - Pons. - Dou préc. - Oed. mall. - Tachyc.	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - SD. base	»	C. +, triang. - Pas de stase	»	
»	41	F.	29	30	40	Dy. Ef. - Oed.mall. - Cyan.	SS. - Dt II. - Rt D. - SD. - AC.	13 - 8	C. + + (VG.) - Dé-bord. arc infér. dr. - Grosse stase	»	DCD à 42 ans
»	41	F.	14	31	39	Dy. - Ascite	Frém't D. - SS. - Rt D. - S. prés. - Dt II. - SD.	17 - 10	C. +	Pleur. dr.	Evol. vers Dble S. et AC.
»	45	F.	15	45	42	Dy. - Pons. - Dou préc. - Oed. mall.	Frém't. - SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - Dble S. - AC.	11 - 8	C. + (VG.) - AM. all. - Stase veineuse	Pleur. dr.	

Rétrécissements mitraux isolés (avec ex. radiol.).

8.337	15	M.	13	15	13	Fatigue, - Dy, + Pons à l'Ef. Pons - Dy, Ef.	Frém D, Rt D. - Dt II	15 - 8 P. : 70 »	I. T. N.	Poussées subaiguës d'Oedème pulm.
1.013	17 ½	F.	»	17	17		Gros Rt D. - Renf. prés. - Ec. I. - Dt II		C. de vol. N. AM. saillant	
473	20	F.	16	20	16	Vertiges, fatigue gén. - Pons - Doul. préc. Dy, Ef. - Doul. préc.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - Frém D.	13 - 8	C. N.	
9.546	20	F.	»	18	8		Frém prés. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 7	Gros C. déformé, Pte conv. - AM. saill. et all. - BD. saill. - Stase légère. - En Tr. saillie lég. OG, C. de vol. sensible N.	
852	22 ½	F.	»	22	22	Dy. - Pons - Crises d'OAP.	Frém D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 10		
8.338	24	F.	»	18	9	Dy. + Pons à l'Ef.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - ES.	15 - 7 ½	C. + - AM. saill. - Stase OG. + en Tr.	
149	24	F.	»	24	»	Pons	Frém D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	»	C. de vol. N. - H. : N. AM. avec dble sail- lie	
437	24	F.	»	24	23	Pons - Dy, Ef. - Euceinte	Rt D. - Ec. I	»	AM. +, all. - H. char- gés. - OD. et OG. +	
8.105	25	F.	»	25	»	1 ^{re} grossesse. - Pas de s. f.	Pt. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 7	AM. très saill. - Pte petite. - BD. mar- qué. - Pte saill. en Tr. - Peu de stase	
10.389	25	F.	»	12	»	»	S. prés. - Ec. I. - Dt II	14 - 8	C. lég. +, Pte arron- die plong. - AM. non saill. - Pas de stase	
570	25	F.	24	8	24	Pons - Doul. préc.	Frém D. - Rt D. - S. prés. - Ec. I	14 - 9	C. un peu +. - AM. saill. - BD. et H. : N.	4 crises d'OAP.
8.554	26	F.	»	26	23	Dy, Ef. et Db, tr. marquée. - Pons	Frém prés. - Rt D. - Dt II	14 - 9 P. : 84	C. petit, Pte acumi- née. - BD. : N. - , AM. all. et saill. - Stase +. - En Tr. : OG. +	
45	26	F.	»	26	»	Pons - Légère Dy. Ef.	Rt D. avec Renft prés. - Ec. I. - Dt II. - ES.	»	C. un peu +. - AM. saill. en OAG. - Sta- se veineuse +	
203	26	F.	»	26	16	Pons - Vertiges, éblouis., bourd., sensations de constrict. thorac.	Frém D. - Rt D. avec Renft prés. - Ec. I. - Dt II	15 - 9	C. peu modifié, lég. stase. - AM, BD. : peu saill.	

427	26	F.	»	23	23	5 ^e grosseesse. - Dy. Ef. et Db.	Rt D. - Dt II	12 - 7	C. de vol. N. - AM. et BD, un peu saill. Stase	Crachats hémopt.
807	26	F.	»	17	23	2 ^e grosseesse. - Dy. Ef.	Frém't prés. - Gros Rt D. suivi S. prés. - Ec. I. - Dt II	11 - 7	H. épais. - En Tr. : OG. +, espace clair rétro-card. comblé	»
821	26	F.	13	25	24	3 ^e grosseesse. - Dy. Ef., malaises	Frém't D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	15 - 10	AM. lég't all. et saill. OG. et H. : N.	Hémies au cours des grosseesses »
932	26	F.	7	26	23	Dy. Ef. et Db. - Pons - Vomisse- ments bilieux	Frém't D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II. - ES.	13 - 7	C. + +, Pte très con- vexe. - BD. et AM.	»
33	27	F.	»	23	23	Dy. Ef. et Db. - Crises de tachyc.	Rt D. - Ec. I. - E. II	»	AM. all. - Pas de sta- se. - C. de vol. sen- siblement N.	»
753	27	F.	»	20	20	Dy. Ef. - Pons - Amaigré	Frém't D. Rt prés. Dt II	14 8	C. sensiblement N.	»
453	27	F.	14	27	26	Dy. Ef. - Oed. mall. et palpé- bral. - Pons	Rt D. Dt II. Bruit pulmonaire marqué	13 - 9	C. peu déformé, peu modifié	»
929	27	F.	»	21	21	Dy. légère. - Pons	Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	C. +. - AP. +. - AM. très saill.	»
8.622	27	F.	»	17	17	Dy. Ef. et Db. - 5 ^e grosseesse	Frém't - Rt D. Ec. I. - Dt II	10 ½ - 7	C. +, triang. - AM. all., saill. - OG. + en Tr. - Pas de stas.	Crise d'OAP.
9.486	27	F.	3	27	»	! ipothymies. - Dy. Pons. - Epistaxis	Rt D. - Ec. I. - Dt II	10 - 6	C. +. - BD. un peu saill. - Stase légère. - OG. + en Tr.	»
9.851	27	F.	»	27	27	Dy. Ef. +. - Pons	Frém't D. - Gros Rt D. - Ec. I. - Dt I	15 - 9 P. : 120	C. +. - AM. all., saill. - BD. saill. - Pte convexe. - H. : + Fsp. clair comblé	Hémie ré- cente
10.542	27	F.	»	27	26	Pons - Dy. Ef.	Frém't D. - Rt D. - S. prés. - Ec. II	15 - 8 P. : 120	C. un peu +. - AM. saill. - OG. : N.	»
10.743	27	F.	12	27	24	Pons - Dy. Ef.	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 8	C. : N. - AM. : N.	»
598	28	F.	»	28	28	Dy. Ef., fatigue	Frém't D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	C. très déformé. - Stase +	»
8.506	28	F.	17	28	17	Pons - Dy. Ef. - 5 ^e grosseesse	Frém't D. - Rt pr. - Dt II	14 - 8	C. de vol. N. - AM. all., saill. - BD. : N. - Pas de stase. - En Tr. : OG. +, mais se détache	Hémies
9.240	28	F.	24	28	28	Pons - Gêne préc.	Rt D. - Dt II. - ES.	12 ½ - 7	AM. lég't saill. - OG. : N.	»

1 grosseesse ult. av.
accentuation s. f.
DCD.

9.423	28	F.	»	28	26	Doul. préc.	Frémt - Rt prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 7	C. de vol. N. - AM. et BD. saill.	»
10.288	28	F.	15	22	»	1 ^{re} grossesse. - Pas de s. I.	Rt D. - Dt II	12 - 7	C. de vol. N. - Stase	»
8.067	29	F.	17	29	29	Amalg. - Dy. Ef. - Doul. préc.	Rt - D. - Ec. I. - Dt II	14 - 7	AM. all. - BD. saill. - Stase ; O.	»
9.101	29	F.	17	17	29	Dy. Ef. - Pons - Dysménorrhée	Rt D. - Ec. I. - Dt II	12 - 8	C. + - AM. et BD. saill.	»
9.664	29	F.	»	29	20	Dy. Ef. - Pons - Tub. pulm.	Frémt - Rt D. - Ec. I	»	C. paraît N.	Hém. tub.
10.551	29	F.	4	23	23	Dy. Ef. et Db. - Pons - Lipothy- mies	Rt D. suivi S. prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 8	C. peu + mais déformé - AM, BD. saill.	»
10.390	30	F.	9	30	30	Dy. Ef. - 2 ^e grossesse	Frémt - Rt D. - Ec. I	13 - 8	R. O. S.	»
755	30	F.	8	30	»	Dy. - Oed. mall. vesp. - Toux. - Expect. mous- seuse	Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 8	AM. très saill. - H. : N. - Champs pulm. flous	Oedème subaigu
939	30	F.	»	30	29	Dy. Ef. - Oed. mall. vesp.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	11 - 7	C. un peu + - H. : flous	»
9.961	30	F.	»	29	30	Dy. Ef. - Pons - Fatigue	Rt D. - Dt II	10 - 5	Petit VG. - AM. et BD. saill.	»
10.039	30	F.	»	30	8	Dy. Ef. et Db. - Tachyc. parox.	Frémt - Rt D. - Ec. I. - Dt II	12 - 8	C. + (VG.) - AM. : all. saill.	Infarctus
8.635	31	F.	10	31	7	Pons - Dy. Ef. - Doul. préc.	Frémt D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	11 - 6	AM. très saill. - Pte plong. - En Tr. : C. affleure CV.	»

Rétrécissements mitraux (avec examen radiologique).

361	32	F.	28	28	28	2 ^e grossesse. - Dy. Ef. +	Rt D. - Dt II	10 - 6	C. un peu + - Stase modérée	»
646	32	F.	16	32	30	Doul. préc. et épigast.	Rt prés. - Ec. I. - Dt II	11 - 7	C. : N.	»
805	32	F.	»	32	31	Pons doul. - Dy. Ef.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	14 - 9	R.A.S.	»
9.472	32	F.	»	32	30	Pons - Dy. Ef. pend. les règles	Rt D. - Ec. I. - Dt II	15 - 9	C. lég. + - Poumons sombres	»
743	33	F.	»	33	32	Pons - Dy. Ef. - Toux	Rt D. - S. prés. - Dt II	»	C. non + - AP. larges. - Stase + C. de vol. N. - BD., AM. saill.	Oedème subaigu
923	33	F.	10	33	17	Dy. Ef. - Pons	Frémt - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 8		»

Evol. vers : SS.
pte, SD. - DCD. à
30 ans (ictère ter-
minal)

8.180	33	F.	»	33	Dy. - Amaigr	Frém't - Rt D. - Dt II	13 - 9	C. + - Stase. - AM. très saill. - En Tr. : OG. + + AM. saill.	Pleurésie. Hémie	»
9.456	33	F.	17	33	Dy. Ef. - Pons - Doubl. préc.	Rt D. - Dt II. - E. S.	»	»	Léger ocd. bases	»
9.718	33	M.	12	30	Dy. Ef. - Epist. - Accès de F. - Cya-nose de la face	Frém't - Rt D. - Ec. I. - Dt II	14 - 8	AM. all. - BD. saill. En Tr. : obscurité espace g.	Congest. pulm.	»
829	34	F.	»	18	Dy. - Pons	Frém't - Rt D. - Ec. I. - Dt II	16 - 10	C. sensiblement N.	»	»
766	34	F.	20	21	Pons - Dy. Ef. - Doubl. préc.	Frém't - Rt D. - S. Dt II	12 - 8 P. : 120	Débord. des cavités dr. - AM. allongé. - Stase +	»	»
769	34	F.	22	29	Fatigue générale	Rt D. - S. prés. - Ec. I	14 - 7	AM. saill. - H. : +	»	»
5.870	34	F.	»	34	Dy. Ef. - Pons - Doubl. préc. - As-thénie. - Oed. mall.	Frém't prés. - Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 6 P. : 90	C. + (V.G.). - BD., AM., saill. - H. flous	»	Evol. vers SD. et Osler. - DCD a 37 ans
9.863	34	F.	15	33	Dy. Ef. - Pons - Tachyc.	Frém't - Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	C. + (V.G.) - AM. saill.	»	»
10.507	34	F.	23	34	Pons - Dy. - ES. - Doubl. préc.	Frém't - Rt D. - Dt II. - E. S.	17 - 9	C. + - AM. légt saill.	»	»
417	35	F.	»	35	Pons et Dy. Ef. - Gène préc.	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 7	C. globuleux. - AM. un peu saill.	»	»
877	35	F.	8	30	Dy. Ef.	Frém't D. - Rt D. Ec. I. - Dt II. - E. S.	13 - 9	AM. légt saill. - En Tr. : C. au contact CV.	CP.-Infarc-tus	»
7.935	35	F.	»	35	Doubl. préc. à type constrictif. - Pons - Lipothymies en Db.	Rt D. - Dt II Frém't prés.	13 - 8	VG. conv. - AM. all. et conv. - En Tr. : OG. saill.	»	»
10.305	35	M.	»	35	Dy. croissante. - Hémiés	Frém't - Rt D. - Ec. I. - Dt II	15 - 6	C. +, peu modifié	Hémiés	»
10.625	35	F.	»	30	Grossesse. - Pons - Dy. Ef.	Frém't - D. - Rt D. - Ec. I. - E. S.	12 - 7	C. : N. - BD. lég. saill.	»	»
531	36	F.	»	34	Doubl. préc. - Dy. Ef. - Pons	Rt D. soufflant. - Ec. I. - Dt II	»	AM. légt saill. - H. chargés	»	»
824	36	F.	»	36	Dy. Ef. - Doubl. préc. - Pons	Frém't - Rt D. - Ec. I. - Dt II. - E. S.	13 - 8	C. + - BD. saill. - Stase. - OG. +	»	»
8.350	36	F.	»	20	Dy. Ef. et Db. - Pons - Engourdt dans le bras g.	Rt prés. - Dt II R	»	C. peu + - AM. all. et saill. - BD. saill. - En Tr. : OG. saill.	»	»
8.554	36	F.	»	36	Pons - Doubl. préc. - bras g. - Lipothymies. - Oed. mall.	Frém't prés. - Rt D. - Dt II	14 - 10	AM. all. - Pas de sta-se. - En Tr : légère saillie OG.	»	»

»	36	F.	15	21	8	Dy. Ef. et Db. - Pons - Oed. ML.	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	11 - 8	C. +. - AM. tr. saill. - AP. +	»	DCD. à 36 ans
9.920	36	F.	18	36	35	Dy. Ef. - Oed. mall. vesp.	Rt prés. - Ec. I. - Dt II	»	AM. un peu all. - Pas de stase	»	»
8.133	37	F.	8	36	37	Pons nocturnes	Frémit - Rt prés. - Ec. I	17 - 10	C. +, couché. - Ao. déroulée	»	»
8.646	37	F.	14	37	35	Dy. Ef. - Oed. mall.	Frémit - Rt D. - S. prés. - Dt II	14 - 9	C. +, Pte+ - AM. al. et saill. - BD. saill. - En Tr. : OG. + - Stase	Crachats hémopt.	»
9.778	37	M.	»	35	35	Pons Db. - Dy. Ef. - Eblouissements	Frémit - Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	11 - 8	C. : N. - H. épais et flous	»	»
10.014	37	F.	12	37	37	Pons Ef. - Doul. préc.	Rt prés. - Dt II	14 - 9	AM. lég. saill. - H. déliés	»	»
10.559	37	F.	»	37	32	Dy. et Pons Ef.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	AM. saill. - En Tr. : OG. +	»	»
354	38	F.	»	26	30	Dy. Ef. - Asthénie	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	»	AM. et BD. saill. - C. + - H. flo. - En OAD. : OG saill.	CP. fréq.	Evol. vers AC.
562	38	F.	»	38	38	Arthralgies	Rt D. - Ec. I. - Dt. II	11 - 6	C. sensiblement N.	»	»
8.499	38	F.	»	38	36	Dy. Ef. - Doul. préc. - Pons	Frémit - Rt D. - S. prés. - Ec. I. Dt II	13 - 7	C. de vol. N. AM. saill. Image N. en Tr.	»	»
8.982	38	F.	19	10	»	Doul. préc. - Dy. Ef. - Pons	S. prés. - Ec. I. - Dt II	P. : 114 14 - 7 1/2	I. T. N.	»	»
1.017	40	F.	»	40	»	»	Rt prés. - Dt II. - ES.	14 - 7	C. de vol. N. - AM. déformé	»	»
810	41	F.	»	41	39	Dy. Ef. -	Rt D. - Ec. I. - Dt II	12 - 9	C. + - H. épais. - En Tr. : OG. +	»	»
857	41	F.	16	41	36	Dy. Ef. - Vertiges	Frémit - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 8	C. : N. - Ao. : N.	»	»
9.391	41	F.	27	41	40	Dy. Ef. et Db. ; crises parox. noc- turnes	Rt prés. - Dt II	14 - 9	C. + - AM. et BD. saill. - Stase + - En Tr. : OG. +	1 CP.	»
9.689	41	F.	»	16	40	Pons et Dy. Db. Eblouiss. - Oed. mall.	Frémit - Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	11 - 6	C. +, assez déformé. - H. flous. - AM. saill. ds partie sup.	Bronchites	»
653	42	F.	18	18	36	Dy. Ef. - Pons - Oed. mall.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	12 - 9	C. + - AM. très all. - H. accusés	»	»
9.814	42	F.	12	30	40	Pons - Dy. Ef. - Lipothymies. - Bourdonnements	Rt D. - Ec. I. - Dt. II. - ES.	23 - 10	C. + - AM. all. - H. empâtés. - En Tr. : OG. affleure CV.	»	»
8.490	43	M.	»	43	43	Pons douil. - Gêne respir.	Frémit léger. - Rt prés.	16 - 10	C. et Ao. : N.	»	»

9.049	43	F.	10	42	43	Syncope, - Dy, Ef. - Pons - Doul. préc.	Frémt prés., - Rt prés., - Ec. I. - Dt II	17 ½-11	C. couché, +, - AM. all, saill. - En Tr. : OG, saill.	»
9.999	43	F.	»	38	42	Dy, Ef. - Lipothy- mies	Frémt - Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	C. de vol. N. - AM. nettement saill.	Crachats Hémopt.
9.805	44	F.	»	44	20	Dy, Ef. marqués et Dy, Db. - Fa- gue gén. - Doul. préc.	Frémt léger - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 9 9 : 90	C. de vol. N., mais AM. saill. - AP. lar- ges, battantes	Hémies
10.217	44	F.	21	40	23	Dy, Ef. et Db. - Oed. mall.	Frémt D. - Rt D. Ec. I. - Dt II	11 - 6	Flou H. - AM. et BD. saill.	»
727	45	F.	»	45	44	Dy. et Pons Ef. - Oed. mall.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 7 13 - 7	I. T. N.	»
9.607	45	F.	12	45	35	Tachyc. et Pons. Ef. - Dy. Db.	Frémt - Rt D. - S. prés, râpeux, - Ec. I. - Dt II	15 - 9	AM. légt saill. - H flous. - En Tr. : OG, légt +	»
10.663	45	F.	15	44	35	Dy, Ef. - Oed. mall.	Frémt D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	14 - 10	C. +, - AM. all, peu saill. - H. visibles.	Crachats hémopt.

Rétrécissements mitraux à rythme régulier (avec examen radiologique).

9.464	46	F.	9	46	44	Pte s. de brightis- me. - Dy, Ef. préc.	Rt D. suivi de S. prés.	19 - 10	Ao. déroulée. - Dex. visible	»
»	46	M.	»	28	45	Dy, Ef. - Doul. préc.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 8	C. triang. - VG. + - AM. all, saill.	»
10.449	46	F.	»	46	32	Pons et Dy, Ef. - Amaigr	Rt D. - Ec. I	11 - 8	C. de vol. N. - Pte +	»
10.584	46	F.	15	43	43	Pons - Vertiges. - Céphalées	Frémt. - Rt D. - Ec. I	15 - 10	C. tout à fait N.	»
342	47	M.	10	47	47	Crises tachyc. - Doul. préc.	Rt D. - Ec. I	P.:150	C. sensiblement N.	»
446	49	F.	27	42	42	Pons. - Parésies transitoires	Frémt. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	12 - 7	AM. saill. - Arc dr. bombé	»
732	49	F.	»	48	48	Pons et Dy, Ef. - Doul. préc.	Rt D. - Ec. I. - Dt II	19 - 13 P.:120	C. + (VG.), - AM. + - Stase modérée. - OG. + en Tr.	»
10.345	49	F.	22	33	33	Dy, Ef. - Lipothy- mies. - Cyanose	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II. - Frémt D.	14 - 9	C. un peu +, - AM. saill. avec double feston. - Stase + Voussure de l'AM.	»
187	50	M.	»	48	»	Doul. préc. viol., récente	Rt prés. - Ec. I. - Dt II	15 - 9	AM. all. et saill. - OG. : N.	»
8.537	50	F.	»	38	38	Dy, Ef. - Pons	Frémt pte. - Rt prés. - Ec. I. - Dt II	»	CP.	»
7.922	51	F.	18	51	48	Pons, Dy, Ef. - Tachyc. irrégu- lière à l'Ef.	Rt prés. - ES.	13 - 10 P.:140	Petit C. : N. - Ao. : N.	»

Evolut. vers Osler.
- DCD. à 47 ans

10.077	52	M.	»	49	Doul. préc. - Cé- phalées	Rt prés. - Ec. I	16 - 9	AM. all. et saill. en OAG.	»	Evolut. vers AC.
892	54	F.	»	54	»	Gros Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	Image peu déformée	»	»
10.341	54	F.	11	11	Dy. Ef.	Rt prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 8	C. +. - AM. saill.	»	»
189	55	M.	16	21	Dy. Ef.	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	13 - 7	C. +, médian	»	»
7.919	57	F.	»	20	Pons. - Vertiges, chutes	Frémt D. - Rt D. - Dt II	14 - 9	C. triang. - BD. saill.	»	»
804	57	F.	»	47	Pons. - Dy. Ef. - Oed. mall.	Rt prés. - Ec. I.	15 - 9	- Stase C. : N.	»	»
56	71	M.	20	70	Dy.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - ES.	13 - 9	C. couché, à peine +	»	»

R. El Kaïm

Rétrécissements mitraux avec A C (avec examen radiologique).

274	24	F.	»	16	Dy. Ef. - Pons. - Algies	Frémt D. pte. - Dt II	12 - 7	OG. +	»	»
8.241	24	F.	»	24	id.	Ec. I. - Dt II. - AC.	»	C. +. - AM. et BD. saill. - Stase	»	»
8.371	30	M.	»	30	Dy. - Pons Ef. - Bronchites fré- quentes	Rt prés. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 10	C. triang. +. - AM. saill. - BD. très saill. - OG. + +. - Es- pace clair comblé, en Tr.	Embolie pulmon. - Hémies fréquentes	»
21	31	F.	15	30	C. P. récente	Frémt. - Rt D. - Ec. I. - AC.	15 - 10	C. + +, couché. - BG. conv.	CP. récente	»
42	42				id.	Frémt. - Rt prés. - ES. id. + AC.	»	AM. +. - En OAG. ; OG. +	»	»
9.435b	33	F.	»	33	Crises de Dy. Ef.	Rt prés. - Ec. I. - Dt II. - AC.	13 - 8	C. +. - AM. très saill. - BD. très saill. - Stase légère. - En Tr. : OG. mord sur CV.	»	»
9.811	33	F.	»	33	Crises Tachyc. - Dy. Ef. et Db.	Frémt. - Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	9 - 6	C. très déf. - AM. all. saill.	»	»
94	34	M.	23	34	Hémoptysies. - Dy.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	14 - 10	C. +. - AM. all. saill. - Stase	»	»
7.907	34	F.	»	32	Dy. Ef. - Pons	Rt D. - Dt II. - AC.	10 - 8	C. +. - Pte conv. - Stase. BD. et AM. saill.	Hémies	»
								C. +, triang. - Stase BD. très saill. - En Tr. : obscurité to- tale	»	»

9.104	34	F.	7	7	32	Crachats hémopt.	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II. - AC.	14 - 10	C. +. - Saillie BG. et BD. - H. très + et flocs	Crachats hémopt.	"
407	37	F.	12	12	36	Doul. épigastriq. ques	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	16 - 10	C. + plong. - AM. all. - Stase	"	"
8.708	38	M.	"	21	38	Dy. Ef. - Pons. - Vertiges. - Cyanose	Frémt prés. - Rt D. - Dt II. - AC.	"	C. +. - AM. très sail. et all. - BD. sail. - Stase. - H. +	CP.	DCD.
10.512	39	F.	"	39	39	Doul. préc. - Dy. - Toux. - Oed. mall.	Ec. I. - Dt II. - AC.	12 - 9 1/2 P.:156	C. +. - AM. tr. sail. - H. +. - AP. +. - OG. un peu +	Crachats hémopt.	"
9.450	41	F.	"	41	40	Hémies. - Dy. Ef. - Pons	Rt D. - Ec. I. - AC.	14 - 10	C. +, triang. - Stase. - Bords flocs	Hémies	"
144	42	F.	"	20	40	Dy. Ef. et Db. - Pons. - Algies	Rt D. - Ec. I. - AC.	16 - 9	C. +. - AM. all. - BD sail. - Stase légère	"	"
1.071	42	F.	"	42	41	Dy. Ef. - Pons. - Oedèmes	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 9	C. lég ^{tes} +. - H. - lar-	"	"
650	43	F.	"	28	40	Dy. Ef. - Pons. - Doul. préc. - Oed. mall.	Rt D. - Ec. I. - AC.	18-12	C. +. - AM. sail. - H. +. - Stase	Infarctus P.	Evol. vers SS., hémiplégie et aphasie
"	45	F.	20	45	41	Dy. Ef. et Db. - Insomnie	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 9	C. +. - AM. sail. - Pte conv.	"	DCD à 45 ans
997	45	F.	7	40	40	Pons. - Dy. Ef. +. Amaigr.	Frémt prés. - Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 8	C. +. +. plongant. - BD. sail.	Episodes aigus fréquents	Ultérieurement ic-tus et parésie transitoire
10.567	45	M.	"	46	8	Dy. Ef. - Pons	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	12 - 8	VG. +. - Pas de stase	"	"
9.259	46	F.	"	46	45	Dy. Ef. et Db. - Pons. - Doul. préc. - Céphalées, mouches vol.	Rt prés. - AC.	23 - 15 P.:100	C. +. - AM. all. - BD. sail. - Forte stase. - OG. +	"	"
866	48	M.	"	48	48	Pons. - Dy. - Oed. MI.	Ec. I. - Dt II. - AC.	14 - 8	C. +. - H. accen-tués	"	"
9.938	48	F.	4	48	"	Dy. - Cyanose. - Oed. mall. - Al-bumine	Ec. I. - Dt II. - AC.	16 - 9	C. +. +. Pte conv. - BD. sail. - H. élévés. - Stase	"	"
8.486	49	M.	"	49	46	Dy. Ef. - Pons. - Vertiges. - Ebl. - Tr. vaso-mot.	Frémt D. - Rt prés. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 9	C. peu +, couché. - AM. un peu all. - Ao. ; N.	"	"
9.617	49	M.	"	31	31	Crises de Dy. Ef. et Db. - Toux	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	14 - 10	C. +, triang. - Stase	Pl. à 16 ans	"
359	50	F.	20	39	39	Asthénie. - Dy. et cyan. Ef. - Pons - Doul. thorac. - Toux	Rt prés. - Ec. I. - Dt II. - AC.	"	AM. très all. et sail. - BD. sail. - AP. ; +	"	"

9.267	50	F.	»	50	30	Pons Ef. - Eblouis.	Ec. I. - Dt II. - AC.	19 - 8	C. + (BG.). - BD., H. - N.	»
9.873	50	M.	»	50	40	Pons - Dy. Ef. - Algies	Dt II. - Rt D. - AC.	15 - 8	C. +. - AM. all. - Forte stase	»
10.626	50	F.	16	50	35	Pons et Dy. Ef. et Db. - Lipothy-mies	Rt D. - Dt II. - AC.	15 - 9	C. + +. - Pte conv. - AM. saill. - BD. saill. (double con-tour). - H. : +	»
9.549	52	F.	»	52	52	Crises Dy. et Db. - Pons	Rt D. - Ec. I. - AC.	15 - 11	C. +, couché. - BD. saill. - Pte conv. - Ao. déroulé	»
10.317	52	M.	»	52	52	Dy. Ef. - Pons	Tt D. - AC.	12 - 8	C. +. - AP. visibles	»
1.047	53	F.	»	38	45	Dy. Ef. et Db. - Pons. - Fatigue générale	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	12 - 9	C. +. - Image hi-laïre floue et diffuse	»
10.709	54	F.	26	40	47	Dy. Ef. - Oed. mall. vesp.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	12 - 6	C. peu +. - AP. ac-cusées	»
503	56	F.	8	56	55	Dy. Ef. +. - Pons Parésie -	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	12 - 7	AM. et BD. un peu saill.	»
10.413	56	M.	»	29	11	Dy. Ef. - Oedème subaigu	Rt prés. - Ec. II. - AC.	16 - 8	C. +, triang. - H. accusés	»
10.777	57	F.	10	14	56	Dy. Ef. et Db. - Pons. - Doul. pr. et épigast.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 9	C. +. - BG. conv. - BD. et AM. saill.	»
9.062	58	M.	»	38	57	Claudication inter mittente. Tr. di-gestifs	Ec. I. - Dt II. - AC.	»	C. + +. - H. épais. - BG. et BD. saill. - AP. floues. - OG. +	»
9.474	59	M.	»	59	57	Ictus suivis tachy-cardie	Rt D. - Ec. I. - AC.	13 - 9	- Stase modérée C. +. - BD. saill. - H. épais. - Ao. du type sémile	»
1.052	59	F.	»	59	55	Dy. Ef. - Pons. - Oed. mall.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	15 - 9	BD. saill. - AM. : N.	Pleur. dr.
1.079	59	F.	»	59	57	Dy. Ef. - Doul. thorac. - Pons - Toux sèche	Frémit D. - Ec. I. - Dt II. - AC.	23 - 11 23 - 11	C. + +, triangulaire - BG. et BD. +. - AP. marquées	»
10.414	60	F.	»	57	57	Pons. - Toux ave expect. abund.	Rt méso. - D. - Dt II. - AC.	17 - 12	C. +. - Débord. ac-centué du BD. - AP visibles	»

Souffles systoliques de pointe isolés (sans examen radiologique).

651	5 1/2	M.	5	5	»	S. HoS. pte, rude → Ax.	»
8.377	6	M.	6	6	6	SS. jet vap. pte	»
10.223	6	M.	4	6	»	Gros S. HoS. → dos. - Tachyc.	»
633	7	F.	7	7	7	Gros SS. pte	»
8.947	7	M.	6	7	6	SS. pte, rude → Ax.	»
							RCE.

1.110	7 1/2	F.	6	7	7	Arthralgies, - Chorée fr. - F.	SS. pte → Ax.	12 - 8	»	»
705	8	F.	3	8	8	Dy. Ef. - Céphalées	Gros SS. pte	»	»	»
8.573	8	M.	6	8	8	»	S.HoS. → Ax. - Cyanose	»	»	»
8.347	8 1/2	M.	8	8	8	Dy. Ef. et Db. - F. - 38°	Gros S.HoS., jet vap. dos	12 - 8	»	»
8.615	9	M.	8	9	9	»	S.HoS. pte. - Galop	11 - 6	»	»
9.867	9	F.	7	9	9	RAA. en cours	SS. pte, intense → Ax.	12 - 8	»	Symphyse en myo- cardite évolutive?
10.793	9	M.	7	8	8	»	SS. pte → Ax. - II vibrant	11 - 6	»	»
9.646	9 1/2	F.	3	9	9	»	SS. pte, gros. - Ec. II	»	»	»
9.742	11	F.	10	10	10	»	Gros SS. pte → Ax.	14 - 8	»	Fiat général mé- diocre. - F.
10.480	11	M.	9	11	10	Pons et DouL. préc. - Ef.	Gros SS. → Ax.	13 - 8	»	»
10.280	12	M.	7	7	7	Pons. - Dy. Ef. légère	S.HoS. jet vap. → toute aire	14 - 8	»	»
9.691	12	F.	9	11	11	Doul. préc. - Dy.	S.HoS. intense. - Frém S.	9 - 5	»	»
399	13	F.	»	13	11	Nausées	SS. pte	13 - 7	»	»
10.660	13	M.	8	»	»	Dy. à la course	SS. pte → Ax.	12 - 7	»	»
10.827	14	F.	14	14	»	Dy. Ef.	SS. pte, intense	14 - 8	»	»
9.905	15	F.	15	15	»	Pons - Dy. Ef.	SS. pte	13 - 7	»	»
9.965	15	M.	18	»	»	RAA. en cours	SS. pte. - Galop post. - S.	11 - 7	»	»
9.580	15	F.	11	15	»	»	SS. pte	11 - 7	»	»
10.798	15	M.	14	14	»	»	SS. pte, piaulant	12 - 6	»	Rate perceptible
10.413	17	F.	12	12	»	Fatigue. - Pons	S.HoS. pte	13 - 8	»	»
7.999	17	F.	7	17	»	Enceinte. - Dy. Ef.	SS. pte	»	»	»
10.515	17	F.	11	17	»	Tachyc.	S.HoS. pte. - Tachyc.	11 - 4	»	»
8.474	18	M.	»	18	»	»	S.HoS. pte, jet vap.	»	»	»
8.856	18	M.	10	18	»	Dy. Ef. - Céphalées	S.HoS. pte → Ax. - Ec. II	14 - 5	»	»
8.172	19	F.	19	19	8	Vertiges. - Pons. - Céphalées	SS. pte → Ax.	14 - 9	»	»
10.533	20	F.	13	13	19	»	SS. pte, rude → Ax.	13 - 8	»	»
10.556	20	M.	14	20	»	»	SS. pte, prolongé	16 - 8	»	»
403	21	F.	8	13	21	Crise Dy. Db.	Gros SS. pte	13 - 8	»	»
869	22	M.	13	21	21	Dy. Ef. - Pons	S.HoS., rude, pte	16 - 9	»	»
9.744	24	F.	6	15	»	RAA. en cours	SS. rude → Ax.	11 - 7	»	»
339	26	M.	6	»	26	Amalg. - F. vesp.	Pt SS. pte	12 - 8	»	»
10.151	26	F.	24	26	26	Anorexie. - Amalg. - DouL.	SS. pte	10 - 6	»	»
10.774	26	F.	12	26	21	F.	SS. pte. - Neurotonie	12 - 6	»	»
10.642	27	M.	21	27	21	Dy. Ef. - DouL. préc.	S.HoS. pte	14 - 8	»	»
10.722	27	F.	14	27	»	Dy. Ef. variable. - Oed. mall.	S.HoS. rude → Ax.	14 - 8	»	»
10.729	27	F.	20	25	»	RAA. en cours	S. proto S. pte	15 - 9	»	»
153	28	M.	5	13	»	Pons. - Dy. Ef.	SS. pte → Ax.	14 - 8	»	Hémie
9.248	28	M.	14	28	27	Fatigue. - Pons. - Dy. Ef. - Tr. vasmoteurs	SS. pte, jet vap. → Ax.	12 - 7	»	»
9.417	30	M.	18	30	»	Dy. facile. - DouL. préc.	Gros SS. pte. - ES.	15 - 12	»	Tub. P.
9.654	30	M.	22	30	»	Dy. Ef. et Db. - Toux. - Oed.	SS. pte. - ES.	13 - 9	»	»
»	30	F.	8	11	29	Êt. gén. mauvais	Gros SS. pte → - AC.	»	»	Pl. dr.
8.483	34	F.	21	31	»	Doul. préc. - Dy. Ef. - En- ceinte	SS. intense → Ax.	16 - 7	»	»

DCD. à 30 ans

9.528	32	M.	18	31	Dy. - Tachyc.	SS. pte	13 - 8	Pl. bilat.	»
10.804	33	F.	7	33	Dy. continue, - Oed. mall.	SS. eudapexien	14 - 8	»	»
8.419	34	F.	16	33	Pons. - Nausées. - Vert.	SS. pte	12 - 8	»	»
10.162	38	F.	16	38	»	S.HoS. pte, jet vap.	14 - 9	1 CP.	»
461	39	M.	19	»	Dy. Ef. et Db. - Pons	S.HoS. pte. - Galop. - Bruits souds	21 - 13	»	»
9.749	43	F.	10	43	Pons. - Dy. Ef. - Tachyc.	Gros SS. pte → Ax.	13 - 8	Bronchites	»
10.537	44	M.	9	43	Dy. Ef.	SS. pte. - ES.	11 - 8	»	»
»	49	M.	11	49	Asthénie. - Doul. vol. épig.- Dy. Ef. - F. : 38	SS. pte, rude → Ax. - AC.	12 - 7	CP.	DCD. à 49 ans
8.443	50	F.	11	42	Dy. Ef. - Doul. préc. - Oed.	SS. pte. - Rh. à 3 tps	19 - 10	»	»
»	50	M.	10	»	Episode pulm. aigue	SS. pte. - Tachyc. : 120	11 - 7	CP. aiguë	»
8.163	60	M.	22	59	Pons	SS. pte	11 - 9	»	»

Souffles systoliques de pointe associés à des lésions aortiques (sans examen radiologique).

978	5	M.	5	»	»	SS. pte. - SD base	»	»	»
8.678	9 1/2	M.	7	9	Doul. préc. - Dy. - Pâleur	Gros SS. pte. - Gros SD.	»	»	»
9.989	12	M.	11	11	Fatigue gén. - Oed. mall.	SS. pte. - Ec. II base. - Tachyc.	11 - 8	Pl. bilat.	»
10.006	13	M.	11	11	Dy. Ef.	Gros SS. pte. - Gros SD.	13 - 0	»	»
10.585	13	F.	13	13	Dy. Ef.	SS. pte. - SD. base	10 - 0	»	»
9.616	15	F.	15	»	Pâleur. - Amaigrissement	S.HoS. pte → Ax. - SD.	13 - 8	»	»
143	18	M.	17	17	Dy. - Oedème MI.	SS. pte. - SD. - Galop	»	»	»
8.994	21	M.	9	21	Pons. - Pertes de conn. avec tremblement généralisé. - ES.	SS. pte. - Dble S. base	15 - 6	»	»
1.035	21	M.	15	»	Pons. - Tachyc.	Gros SS. pte. - SD. base	12 - 5	»	»
10.332	21	M.	13	21	Légère Dy. Ef.	SS. jet vap. → Ax. - SD. base	16 - 7	»	»
9.907	24	M.	16	24	Toux, amaigr. sueurs	Gros SS. pte. - Dble S. base. - Galop. - Choc en dôme	16 - 0	»	»
8.790	26	M.	17	»	Pons. - Légère Dy.	Gros SS. pte. - Gros SD. base D ₁ I	18 - 5	»	»
10.716	28	M.	28	»	Pons. - Syncopes. - Enceinte	S.HoS. pte → Ax. - SD. base	14 - 8	»	»
1.004	31	F.	24	28	Dy. Ef. - Syncopes. - Enceinte	SS. pte. - Dble S. base. - AC.	13 - 8	»	»
10.570	31	M.	15	»	»	SS. pte. - Dble S. base. - Gp.	15 - 0	»	»
9.897	32	M.	21	32	Dy. Ef. - Doul. préc.	SS. pte. - SD. base	15 - 6	»	»
8.988	36	M.	13	36	Dy. Ef. - Asthénie. - Amaigr.	SS. pte. - Dble S. base. - AC.	17 - 8	»	»
10.353	36	F.	8	32	Dy. Ef. modérée. - Doul. pr.	SS. pte. - SD. base	15 - 7	»	»
»	37	F.	29	»	Dy. Ef. facile	SS. pte intense. - Dble S. base	12 - 4	Pl. dr.	Osler. - DCD. à 37 ans
8.386	40	M.	20	»	Dy. et Pons Ef.	SS. jet vap. - SD. base	15 - 8	»	»
9.751	49	M.	11	49	Crises Dy. et Db. - Oed. mall.	SS. pte. - Ec. II base. - AC.	11 - 6	»	Gros allongt de PR à l'ECG. - DCD.
»	50	M.	8	50	Dy. Db.	SS. pte. - Dble S. base. - Ec. II. - Bradyc. : 34	12 - 7	»	à 50 ans
8.247	71	M.	17	70	Pons. - Dy. Ef.	SS. pte. - Dble S. - AC.	13 - 7	Bronchites	»

Souffles systoliques de pointe avec petits signes de sténose mitrale (sans examen radiologique).

9.565	6	M.	6	6	6	6	6	6	Dy. - Doubl. préc.	SS. pte. - Dt II	»	»	Endo-myocardite évolutive
644	6 1/2	F.	6	6	»	»	»	»	Essoufflt rapide	SS. pte. - Ec. I. - Dt II	»	»	»
355	8 1/2	F.	5	8	»	»	»	»	»	SS. pte. - Dt II	»	»	»
214	10	M.	9	10	»	»	»	»	»	S.HoS. pte. - Dt II. - Froitt. péril.	»	»	»
8.089	10	M.	7	10	8	»	»	»	Dy. Ef. légère	Gros S.HoS. - Ec. I. - Dt II	11 - 6	»	»
10.099	10	F.	»	9	»	»	»	»	Accès Dy. nocturne	SS. rude pte. - Dt II base	8 - 5	»	»
9.709	11	F.	10	10	»	»	»	»	Légère Dy. Ef.	SS. pte, rude. - Ec. I. - Dt II	»	»	»
612	12	F.	9	10	»	»	»	»	Légère Dy. Ef. - Asthénie	Gros S.HoS. - Dt II. - Ec. I	12 - 8	»	»
27	12	F.	11	11	»	»	»	»	»	SS. pte. - Dt II. - Frém D.	»	»	»
8.265	12	M.	9	12	12	»	»	»	Doubl. préc. - Dy. Ef. - Cé-phalées	SS. pte. - Dt II. - Ec. I	»	»	»
623	13	F.	9	10	»	»	»	»	Dy. Ef.	SS. pte. - Dt II. pte	»	»	»
771	13	F.	7	13	»	»	»	»	Dy. Ef. facile	S.HoS. rude. - Dt II	13 - 9	»	»
796	13	M.	9	13	»	»	»	»	»	Gros S.HoS. - Ec. I. - Dt II	14 - 9	»	»
712	14	F.	14	14	»	»	»	»	Crise RAA. - Etat général mauvais	Gros S.HoS. - Ec. I. - Gp.	13 - 9	»	»
924	15	F.	8	8	»	»	»	»	Pertes de connaissance	SS. pte. - Ec. I	16 - 8	»	»
9.985	18	F.	12	18	»	»	»	»	Crises de doubl. préc. et Dy.	S.HoS. pte. - Dt II	»	»	»
77	19	M.	18	18	19	»	»	»	Dy. Ef. - Anorexie	SS. pte. - Dt II pte	»	»	»
10.403	20	F.	4	20	»	»	»	»	Dy. Ef. - Pons	SS. intense. - Ec. I	15 - 6	»	»
151	21	M.	18	19	»	»	»	»	»	SS. pte. - Dt II	17 - 8	»	»
558	21	F.	12	12	20	»	»	»	Dy. Ef. + - Asthénie - Pons	Gros SS. pte, rude - Ec. I Al.	12 - 8	»	»
9.970	22	M.	14	22	16	»	»	»	Dy. et Pons Ef.	SS. pte. - Ec. I. - AC. - Frém	P. : 130	»	»
740	23	F.	22	16	16	»	»	»	Pons. - Dy. Ef. - Oed. mall.	Gros SS. pte. - Ec. I	15 - 9	»	»
922	23	M.	13	13	»	»	»	»	»	S. téléS. pte. - Dt II, bref	11 - 8	»	»
9.662	23	M.	14	21	»	»	»	»	Ictus récent suivi de paraly-sie gauche	Frém S. - SS. râpeux. - Ec. I	13 - 10	»	»
10.041	23	F.	13	23	»	»	»	»	Dy. Ef.	SS. léger pte. - Ec. I	P. : 120	»	»
10.333	23	F.	17	20	21	»	»	»	Dy. à la marche	Gros SS. pte - Dt II. - Ec. I	13 - 10	»	»
10.126	24	F.	13	24	13	»	»	»	Dy. Ef. intense. - Oed. mal.	SS. pte. - Ec. I. - Dt II	11 - 7	»	»
9.359	29	F.	21	21	»	»	»	»	Dy. Ef.	Gros SS. pte. - Dt II base	13 - 9	»	»
9.232	31	F.	21	31	30	»	»	»	Oed. mall. - Ascite	SS. pte. - Dt II, claqué. - AC.	15 - 10	»	»
9.489	31	F.	20	21	27	»	»	»	Tachyc. - Dy.	SS. - Imp. I. - Dt II	12 - 8	Pl. dr.	»
10.605	38	F.	5	38	38	»	»	»	Pons. - Tachyc. (120)	SS. - Imp. I. - Dt II	P. : 152	Hémies	»
10.429	39	F.	17	17	»	»	»	»	Pons. - Dy. Ef. - Doubl. préc.	Gros S.HoS. pte. - Dt II. - AC.	14 - 8	»	»
10.505	41	M.	7	41	»	»	»	»	Dy. Ef. et Db.	SS. - Dt II. - AC. - Br. sourds	15 - 10	»	»
8.834	43	F.	16	43	40	»	»	»	Dy. Ef. et Db. - Céphalées	Frém prés. - SS. pte. - Ec. I	19 - 10	»	»
7.934	49	F.	17	18	18	»	»	»	Pons. - Dy. - F. persistante	Gros S.HoS. pte. - Imp. I	16 - 8	Crachats hém. - OAP.	»
8.465	49	M.	18	18	49	»	»	»	Dy. Ef. et Db. - Oed. mall.	SS. pte, léger. - Dt intermit-tent II. - AC.	14 - 10	»	Osler
											P. : 120		

	42	F.	7	37	37	Tachyc. - Dy. Ef. et Db. - Oed. MI.	SS. - Dt II. Rt D. - Ec. I - AC.	CP.	15 - 10	Evolut. vers Dble S. base
"	10.560	F.	16	43	31	Dy. Db. - Doull. préc. - Ta- chyc.	Frém't D. - SS. - Rt D. - AC.	"	"	"
8.710	48	F.	7	38	42	Dy. parox. - Doull. préc.	SS. - Dt II. - Rt prés. - Ec. I	"	12 - 6	"
1.027	51	F.	27	41	49	Dy. Ef. et Db.	SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I	"	19 - 9	"
9.274	33	F.	23	26	20	Dy. et Pons. - Ef.	Ec. I. - Dt II. - Rt D. - SS. - Ec. - Frém't S. et D.	"	12 - 6	"
9.348	22	F.	15	22	17	Dy. Ef. - Pons. - Doull. préc.	SS. - Dt II. - Rt prés.	Crachats hém.		

Id. + lésions aortiques.

	647	F.	6	9	"	Gros Rt D. - SS. - Dt II. - Ec. II. - SD. intense. - Choc en dôme	11 - 5			
"	9.560	M.	14	25	25	Alb. - Dy. - Oed. MI, Crises de Dy. Ef. avec toux	SS. - Dt II. - Rt D. - SD - Gp SS. - Rt D. - Dt II. - SD. - AC. - Frém't D.	Pl. g.	12 - 5 14 - 3	DCD.
9.681	28	M.	21	25	"	Pons. - Dy. Ef. - Doull. préc.	Gros SS. - Dt II. - Ec. I. - SD.	"	11 - 3	
10.528	28	F.	7	28	"	Dy. Ef. - Doull. préc. - Oed. Déformation thorac.	Frém't D. - SS. - Dt II. - Rt D. - Ec. I. - Dble S. base	Hémies	14 - 6	Symphyse probab.
10.231	32	M.	22	22	32	Amalg. - Toux. - Expect.	SS. - Rt D. - SD. - Frém't D.	"	14 - 6	
8.287	34	F.	2	15	32	Dy. et Pons Ef. - Oed. mall.	Frém't prés. - SS. - Rt prés. - Ec. I. - Dble S. base	"	16 - 10 P. 119	
10.086	39	F.	15	39	39	Dy. Ef. - Oed. MI. - Doull.	Frém't D. - SS. - Dt II. - Gros Rt D. - SD. base	"	17 - 9	
9.387	45	F.	15	45	"	Dy. - Pons	Frém't. - Rt prés. - Dt II. - Ec. I. - SD.	Crise d'OAP.	17 - 10	
"	48	M.	24	30	"	"	SS. - Rt D. - Ec. I. - SD. 3 ^e esp.	"	12 - 8	DCD.

Rétrécissements mitraux isolés en rythme régulier (sans examen radiologique).

	9.804	F.	6	10	"	Doull. préc. à l'Ef.	Frém't, pte. - Rt D. crescendo + - S. prés. - Dt II	11 - 5	"	
1.122	15	F.	"	14	15	Dy. Ef. - Fatigue. - Oed. mall.	Frém't D. - Rt D. + renf. prés. - Dt II base	11 - 7	"	
238	20	F.	"	20	15	Pons. - Doull. préc. - Dy. Ef.	Frém't prés. - Rt prés. - Ec. I. - Dt II	14 - 8	"	
9.438	20	M.	11	19	"	"	Pte Frém't. - Ec. I. - Dt II. - Rt D.	13 - 7	"	
8.307	21	F.	"	21	21	Enceinte. - Goitreuse. - Pons	Rt prés. - Dt II pte et base	11 - 7	"	

10.366	22	F.	»	22	22	Dy. Ef. +, - Pons	Frémit D. - Gros Rt D. - Ec. I	11 - 7	CP, - Br. -
9.455	24	F.	»	21	21	Dy. + +, - F. - Pons	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 7	1 OAP.
1.007	27	F.	13	27	22	Doul. préc. - Dy. et Pons Ef.	Rt D. - Gros S. prés. - Dt II	12 - 6	»
9.465	27	F.	18	27	26	Pons. - Doul. - Dy. Ef.	Rt D. - Dt II. - Frémit	16 - 7	»
22	29	F.	7	29	20	Doul. préc. - Pons. - Tachyc. parox.	Rt D. avec renf. prés. - Ec. I	»	»
10.308	29	M.	22	27	25	Dy. Ef. et Db.	Frémit D. - Rt D. - Dt II. - Ec. I	12 - 8	Ilénies. -
9.293	30	F.	»	27	27	Fatigue. - Vertiges. - Pons. - Troubles visuels	Frémit D. - Rt D. + S. prés. - Dt II. - Ec. I	14 - 8	Pl. g.
10.392	30	F.	»	22	22	Pons. - Dy. - Cyanose Ef.	Frémit D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	13 - 8	»
8.211	31	F.	»	31	29	Dy. Ef. - Pons	S. prés. - Dt II. - Ec. I	13 - 6	»
9.948	31	F.	13	31	25	Pons. - Dy. Ef. - ES.	Rt D. - Ec. I	13 - 9	Ilénie
10.752	31	F.	»	31	27	Encainte. - Grise d'Oedème pulm. subaigu	Rt D. - Ec. I	12 - 7	Oedèmes
28	32	F.	2	22	22	Dy. Ef. - Syncopes. - Oed. mall. - Cyanose légère	Frémit D. - Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	»	P. subaig.
9.842	32	F.	18	32	»	Dy. et Doul. préc. à l'Ef.	Frémit D. - Rt D. - S. prés. - Dt II. - ES.	10 - 7	Cong. base gauche
9.591	33	F.	»	33	»	Dy. Ef. marquée. - Crises de Dy. asthmatiforme. - Doul. préc.	Frémit D. - Rt prés. - Ec. I. - Eréthisme	14 - 9	Tub. P.
378	34	F.	»	34	29	Fatigue. - Vertiges. - Pons	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - ES.	11 - 6	»
10.015	34	F.	»	34	19	Pons. - Dy. Ef. - Oed. mall.	Rt D. - Ec. I. - Dt II. - Tachyc.	11 - 8	»
10.289	34	F.	7	25	»	Encainte. - Dy. Ef. et Db.	Frémit D. - Rt D. - Ec. I	13 - 7	»
726	36	F.	7	35	»	Dy. Ef. - Amaigr. - Pons. - Oed. mall.	Frémit D. - Gros Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	12 - 7	Espect.
9.913	36	F.	26	36	26	Dy. Ef. - Acrocyanose	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II. - Ec. II à l'orifice pulm.	13 - 8	mousseuse
9.684	37	F.	27	23	»	Encainte. - Dy. Ef. - Doul. préc. - Hémorragies	Rt D. - Ec. I	17 - 9	Crachats hémopt.
567	38	F.	15	36	36	Grises Dy. Db. - Dy. Ef. - F. ; 38°	Rt D. - Ec. I. - Dt II	»	»
9.005	38	F.	21	21	21	Dy. - Pons. - Doul. préc.	Frémit D. - Rt D. - S. prés.	11 - 8	1 CP.
9.305	38	F.	»	38	»	Dy. Ef. et Db. - Petits signes d'hypertension	Imp. I. - Dt II	19 - 12	»
10.153	38	F.	»	38	»	Dy. Ef. - Pons. - Tachyc. ; 108	Rt D. - Ec. I. - Dt II	11 - 7	»
10.307	38	M.	21	38	37	Dy. Ef. croissante. - Faig.	Rt D. - S. prés. - Ec. I. - Dt II	10 - 6	Br. - Exp.
10.587	38	F.	14	38	»	Doul. préc. Ef. et Db. - P. ; 120	Frémit D. - Rt D. - Ec. I. - Dt II	15 - 9	hém.
9.541	39	F.	14	39	24	Doul. préc. - Dy. Ef. - Pons	Rt prés. - Dt II. - Tachyc. parox.	15 - 7	»
8.295	40	F.	20	40	39	Doul. thorac. - Dy. Ef. - P. ; 130	Frémit D. - Rt D. - S. prés. - Dt II	13 - 6	»

Syphilis ancienne

Syphilis ancienne

CN. à radio

Neurotonic

CHAPITRE III

RÉSULTATS STATISTIQUES

De l'ensemble des tableaux qui précèdent, nous avons tiré les chiffres suivants :

Sur les 315 cas de *souffles systoliques de pointe* relevés, l'âge moyen de la première crise de R. A. A. est de 13 ans.

Pour ces 315 cas, l'âge moyen du premier diagnostic de la cardiopathie est de 20 ans, alors que pour les 215 *rétrécissements mitraux* il est beaucoup plus tardif : 34 ans.

La notion du sexe paraît impliquer des lois de fréquence suivant la lésion ou l'association de lésions endocarditiques.

Dans les *souffles systoliques isolés*, on note une proportion sensiblement identique de malades des deux sexes :

52 femmes (54 %)

44 hommes (46 %)

Par contre, l'association des *souffles systoliques aux lésions aortiques* est plus fréquente chez l'homme :

14 femmes (30 %)

35 hommes (70 %)

Inversement, l'association à la sténose mitrale se rencontre plus fréquemment chez la femme. La proportion relative croît nettement du groupe des « souffles systoliques associés à de petits signes de sténose », à celui des « souffles systoliques associés à des signes complets de sténose ».

— Souffles systoliques + petits signes de sténose :

52 femmes (64,2 %)

29 hommes (35,8 %)

— Souffles systoliques + signes complets de sténose mitrale :

63 femmes (70,8 %)

26 hommes (29,2 %)

Dans les rétrécissements mitraux isolés, en rythme sinusal ou en fibrillation auriculaire, la proportion d'hommes est infime :

185 femmes (86 %)

30 hommes (14 %)

La notation des signes fonctionnels et généraux, accusés par les malades porteurs des diverses lésions valvulaires, montre les symptômes suivants :

- Dyspnée d'effort ou de décubitus,
- Palpitations,
- Douleurs précordiales,
- Œdème des membres inférieurs.

Ces symptômes fonctionnels paraissent de moindre importance dans les cas de souffles systoliques isolés.

Il nous a été impossible toutefois de noter avec

précision l'intensité de ces manifestations dans les différents cas, et ceci nous empêche d'en établir un classement par degrés.

Sur les 215 rétrécissements mitraux isolés, on note 51 cas d'arythmie complète, contre 164 cas de rythme sinusal. L'arythmie complète figure donc dans 23,6 % de nos cas de sténoses mitrales.

Parmi les souffles systoliques, la proportion est bien moindre, sauf dans les cas d'association avec une sténose mitrale confirmée.

Voici les proportions :

Souffles systoliques de pointe isolés :

5 cas d'arythmie complète sur 96, soit 5,2 %.

— Souffles systoliques accompagnés de lésions aortiques :

7 cas d'arythmie complète sur 49, soit : 14,3 %.

— Souffles systoliques accompagnés de petits signes de sténose mitrale :

9 cas d'arythmie complète sur 81, soit : 11,1 %.

— Souffles systoliques accompagnés de sténose mitrale confirmée :

21 cas d'arythmie complète, sur 99, soit : 21,2 %.

Ces arythmies complètes, si fréquentes au cours de l'évolution des sténoses mitrales, revêtent le plus souvent le type de tachyarythmie.

Cette tendance à l'accélération du rythme cardiaque dans les rétrécissements mitraux, existe également avec un rythme sinusal, comme en font foi les nota-

tions de fréquence du pouls qui figurent dans les observations.

Les chiffres de pression artérielle sont variables dans chacune de nos catégories de lésions valvulaires. Il semble que la lésion valvulaire n'ait aucune influence sur le comportement de la tension artérielle.

	Images radiologiques normales		Silhouettes cardiaques augmentées en totalité, sans déformations		Augmentation de volume du ventr. gauche		Déformation et saillie de l'arc moyen		Oreillette gauche saillante en transverse		Hiles flous et élargis. Stase veineuse		Saillie du bord droit		Déformation de l'oreillette droite	
	totaux	%	totaux	%	totaux	%	totaux	%	totaux	%	totaux	%	totaux	%	totaux	%
Souffles systoliques isolés = 38 cas ...	10	25,2	5	13	10	25,2	5	13	1	2,6	5	13	5	13		
SS. associés à des lésions aortiques = 26 cas	2	7,6			8	30,7	6	23			3	11,5	5	19,2		
SS. + petits signes acoust. de sténose = 23 cas	3	13			8	34,8	12	52,1	2	8,7	2	8,7	3	13		
SS. + petits signes de stén. + lésions aort. = 12 cas ...	1	8,3			3	25	5	41,6	1	8,3	4	33,3	2	16,6		
SS. + RM. confirmé = 36 cas	1	2,8			6	16,7	16	44,4	6	16,7	14	38,9	16	44,4	2	5,6
SS. + RM. + lésion aort. = 19 cas ...			3	15,8	5	26,3	6	31,6	3	15,8	10	52,6	8	42,1		
RM. isolés = 110 cas	20	18,1	1	0,9	6	5,4	68	61,8	26	23,6	34	30,9	28	20,9	1	0,9
RM. en aryth. compl. = 40 cas					8	20	19	47,5	9	22,5	28	70	21	52,5		

Nous avons classé les résultats des examens radiologiques de 304 cas dans un tableau comportant le total et le pourcentage des déformations partielles constatées.

A ce dénombrement des anomalies particulières des silhouettes cardiaques à l'écran, nous avons joint le total des aspects radiologiques normaux et celui des augmentations globales accentuées.

La première constatation qui résulte du tableau ci-dessus est la fréquence relative des images cardiaques radiologiquement normales :

25,2 % dans les souffles systoliques de pointe isolés.

18,1 % dans les rétrécissements mitraux en rythme sinusal.

Les augmentations de volume du ventricule gauche se voient surtout lorsque interviennent les lésions aortiques. Mais les gros ventricules gauches existent aussi, quoique moins prononcés, dans les cas de souffles systoliques de pointe isolés (25,2 %) ou associés à de petits signes de sténose (34,8 %).

Les déformations de l'arc moyen, saillie ou allongement, sont parmi les anomalies les plus fréquemment constatées ; ceci principalement chez les rétrécissements mitraux confirmés.

La saillie de l'oreillette gauche en transverse gauche est rare dans les souffles systoliques isolés (2,6 %). Elle se rencontre plus fréquemment lorsqu'il s'y

ajoute de petits signes de sténose (8,5 %) ou des signes de sténose confirmée (16,3 % environ).

Dans les rétrécissements mitraux isolés le pourcentage s'accroît encore (23,6 %), mais sans augmentation lorsqu'il existe une arythmie complète (22,5 %).

Le pourcentage subit la même évolution croissante en ce qui concerne l'accentuation des ombres hilaires et le flou des espaces inter-hilo-cardiaques. Le premier aspect caractérise une modification des branches artérielles, le second, la stase veineuse.

Il semble que l'adjonction de lésions aortiques soit un facteur important dans la modification des ombres hilaires.

Dans les rétrécissements mitraux en arythmie complète le syndrome radiologique de la « stase veineuse » est presque habituel.

Les déformations du bord droit du cœur consistant en un débord droit et convexe de la silhouette cardiaque, suivent à peu près proportionnellement les modifications hilaires.

Cette progression globale est commandée essentiellement par les accidents hémoptoïques dont la fréquence est accrue chez les malades porteurs de rétrécissements mitraux.

Les accidents pleuro-pulmonaires sont dans l'ensemble plus fréquents dans les cas où la silhouette cardiaque est plus profondément modifiée.

Leur pourcentage global est beaucoup plus important chez les malades porteurs de sténose mitrale

confirmée et plus encore en arythmie complète, que chez ceux porteurs d'un simple souffle systolique.

	Edèmes pulmo- naires		Conges- tions pulmo- naires		Bron- chites		Hémop- tysies et infarctus		Pleurésies					Total général	Pourcentage général
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Droites	Gauches	Bilatérales	Total	%		
Souffles systoliques isolés = 96 cas			3	3,1	1	1	3	3,1	3	2	2	7	7,3	14	14,6
SS. + lésions aortiques = 49 cas			2	4	1	2			1		2	3	6	6	12,2
SS. + petits signes de RM. = 81 cas	2	2,5	1	1,2			2	2,5	2			2	2,5	7	8,6
SS. + RM. confirmé = 89 cas	3	3,4	3	3,4	1	1,1	9	10,1	3	1		4	4,5	20	22,5
RM. en rythme sinusal = 164 cas	8	4,8	10	6,1	5	3	18	10,9	2	1		3	2	44	26,8
RM en arythmie complète = 51 cas			4	8	1	2	8	16	2			2	4	15	29,4

Les accidents pulmonaires se rencontrent en plus grand nombre chez les sujets porteurs de déformations importantes de la silhouette cardio-vasculaire.

Pour les accidents œdémateux, on relève :

Parmi les rétrécissements mitraux isolés :

- 1 cas avec aspect normal,
- 1 cas avec simple saillie de l'arc moyen,
- 1 cas avec hiles flous et larges,
- 1 cas avec cœur augmenté de volume et saillie de

l'arc moyen et oreillette gauche légèrement saillante en transverse,

- 1 cas avec saillie de l'arc moyen, oreillette gauche au contact de la colonne et stase hilaire.

Parmi les souffles systoliques apexiens avec signes de sténose mitrale :

- 1 cas où l'oreillette gauche fait saillie en transverse, avec hiles flous et bord droit saillant,

Parmi les souffles systoliques associés à de petits signes de sténose et à des lésions aortiques :

- 1 cas avec ventricule gauche augmenté de volume et stase hilaire veineuse importante.

Pour les accidents congestifs :

Parmi les rétrécissements mitraux en arythmie complète :

- 1 cas avec cœur augmenté de volume, surtout dans sa portion ventriculaire.
- 1 cas avec très gros cœur et fort débord droit,
- 1 cas avec gros cœur, saillie de l'arc moyen, flou hilaire et débord droit.

Parmi les rétrécissements mitraux en rythme sinusal :

- 2 cas avec petites déformations de l'arc moyen,
- 1 cas avec saillie de l'arc moyen et saillie de l'oreillette gauche en transverse.
- 3 cas avec cœur augmenté de volume, arc moyen saillant, flou inter-hilo-cardiaque, débord droit

et oreillette gauche comblant l'espace clair rétro-cardiaque.

Parmi les souffles systoliques associés à des rétrécissements mitraux :

- 1 cas avec cœur fortement augmenté de volume et débord droit.

Pour les accidents hémoptoïques :

Parmi les rétrécissements mitraux avec souffle systolique apexien :

- 1 cas avec cœur d'aspect triangulaire et arborescences hilaires diffuses.
- 1 cas avec très gros cœur, débordant à droite,
- 1 cas avec oreillette gauche visible et flou interhilo-cardiaque.
- 2 cas avec très gros cœur, saillie de l'arc moyen, stase et débord droit.

Parmi les rétrécissements mitraux en rythme sinusal :

- 1 cas avec image cardiaque normale,
- 1 cas avec gros cœur total,
- 3 cas avec saillie et allongement de l'arc moyen,
- 2 cas avec saillie de l'arc moyen et de l'oreillette gauche en transverse,
- 2 cas avec saillie de l'arc moyen et flou interhilo-cardiaque,
- 1 cas avec saillie de l'arc moyen, stase et débord droit,
- 1 cas avec saillie de l'arc moyen, stase et oreil-

lette gauche affleurant la colonne en transverse,
— 2 cas avec saillies de l'arc moyen et du bord droit,
hiles flous et large, oreillette gauche saillante en
transverse.

Parmi les rétrécissements mitraux en arythmie
complète :

- 2 cas avec gros cœur, stase hilaire et saillie de
l'arc moyen.
 - 1 cas avec ventricule gauche augmenté de volume,
stase hilaire et débord droit,
 - 1 cas avec saillie de l'arc moyen, débord droit et
flou inter-hilo-cardiaque,
 - 1 cas avec gros cœur, saillie de l'arc moyen, débord
droit et augmentation de volume de l'oreillette
gauche en transverse.
 - 1 cas avec saillie de l'arc moyen et du bord
droit, arborescences hilaires diffuses et oreil-
lette gauche saillante en transverse.
-

CHAPITRE IV

COMMENTAIRES

Les résultats de notre statistique s'accordent avec l'idée directrice de notre travail, à savoir que le diagnostic *d'insuffisance mitrale* ne doit pas reposer sur la constatation d'un souffle systolique de pointe de quelque intensité ni de quelque constance qu'il soit.

A. — Les données radiologiques sont très suggestives à ce point de vue (voir le tableau page 46). Les souffles systoliques isolés fournissent le plus fort contingent de silhouettes normales, 25 % contre 18 % de rétrécissements mitraux purs, qui viennent aussitôt après dans l'échelle du pourcentage.

Les images de stase veineuse y sont peu fréquentes : 13 % contre 30,9 % dans les sténoses pures en rythme sinusal et 70 % dans celles en arythmie complète. En comptant tous les cas de lésions valvulaires où existe un souffle holosystolique de pointe on obtient un pourcentage encore très nettement inférieur : 23 %.

Il en est de même pour les modifications de l'oreillette gauche (appréciées en position transverse gauche), les souffles systoliques isolés donnent une très faible proportion d'oreillettes gauches saillantes : 2,6 %

contre 23,6 % dans les sténoses pures. En comptant comme précédemment tous les souffles systoliques y compris les lésions associées, on n'arrive qu'à 8,7 %, ce qui est infime par rapport à la sténose mitrale.

Radiologiquement, le souffle systolique de pointe ne comporte qu'un très faible lot de cas présentant des altérations en amont de la mitrale et une forte proportion de silhouettes cardiaques non modifiées. Si donc il existe un reflux mitral pour chaque souffle systolique de pointe, ce reflux est en général insignifiant et se comporte comme s'il n'existait mécaniquement pas. Ni l'intensité, ni la constance du souffle systolique ne nous donnent la moindre indication sur la présence ou l'importance du reflux mitral.

B. — Les anamnestiques et les signes évolutifs nous donnent les pourcentages suivants en ce qui concerne les manifestations pulmonaires : les souffles systoliques isolés fournissent 14,6 % d'accidents pulmonaires contre 26,8 % chez les sténoses pures, 22,5 % chez les sténoses avec souffle systolique et 29,4 % chez les sténoses en arythmie complète. Si l'on fait le total de tous les cas de souffles systoliques y compris les lésions associées, leurs répercussions pulmonaires se chiffrent par un pourcentage de 14,5 %.

Si donc, il y a reflux mitral pour tout souffle systolique de pointe, ce reflux est d'une insignifiance telle qu'il ne dérange pas souvent le fonctionnement du poumon. Ce résultat était à prévoir après les constatations radiologiques, en tous cas il est remarquable de

noter la presque identité des pourcentages des altérations radiologiques : 13 %, et des accidents pulmonaires : 14,6 %.

C. — Que signifie donc le souffle systolique de pointe, demandera-t-on et comment se produit-il ?

Ce serait sortir du cadre de notre travail que de répondre en détail à ces questions. Néanmoins, nous aurions mauvaise grâce à nous dérober : si nous avons pensé que le souffle systolique n'avait rien à voir avec la régurgitation mitrale pour les raisons négatives indirectes sus-exposées, ce n'est pas uniquement à cause d'elles, mais bien en partie à cause du mécanisme général de production des souffles.

Les veines liquides formées au niveau d'orifices rétrécis ne sont que des cas particuliers, la brisure de la veine liquide sur une paroi interposée n'est à son tour qu'un cas particulier du cas précédent. Ces mécanismes sont valables pour les gros vaisseaux qui se comportent comme des tuyaux, mais ils sont difficilement soutenables pour les cavités cardiaques où les appareils musculo-membraneux auriculo-ventriculaires et les parois myocardiques sont en mouvement constant, ne réalisant à aucun moment l'appareil expérimental stable et rigide de Chauveau ou de Marey.

Les souffles cardiaques sont l'effet de tourbillons et de remous ; le souffle systolique de pointe, s'il ne résulte pas comme nous le croyons d'une inoclusion de la mitrale, est le fait de remous intra-ventriculaires, dont l'intensité vibratoire est favorisée par l'induration

de l'appareil mitral lésé. La question a fait l'objet d'un travail de P. L. Thiroloix, auquel nous renvoyons le lecteur.

Cette manière de concevoir le souffle systolique de pointe n'est en tous cas pas infirmée par nos constatations clinico-radiologiques. Les souffles systoliques donnent, en effet, un pourcentage élevé de gros ventricules gauches : 25,2 % contre 5,4 % dans la sténose pure. En groupant toutes les valvulites comportant un souffle systolique apexien on obtient 26,5 %.

Ce n'est donc pas en amont de la mitrale, nous l'avons vu, que se trouvent les manifestations objectives mais bien en aval ; ce n'est pas du côté de l'oreillette gauche qu'il faut chercher les raisons de production du souffle systolique apexien mais bien du côté du ventricule gauche. L'auscultation conduisait déjà à ces conclusions : ce n'est pas dans le dos que s'entend le souffle mais bien à la pointe.

Nous n'hésitons donc pas à renverser deux formules admises :

- a) L'insuffisance mitrale est plus bénigne, moins évolutive que la sténose
 - b) L'insuffisance mitrale a pour conséquence l'hypertrophie du ventricule gauche à cause de la fuite systolique qui diminue le débit aortique,
- que nous transcrivons ainsi :

a) Le souffle systolique de pointe indique la plupart du temps une atteinte bénigne de l'appareil mitral, mais n'entraînant aucun vice de son fonctionnement.

Il indique un peu moins souvent une atteinte étendue du myocarde ventriculaire, sans aucune participation des parties membraneuses de la mitrale.

b) L'augmentation de volume nettement constatable du ventricule gauche, sans être nécessaire, est l'indice de l'atteinte ventriculaire et favorise la production des remous ventriculaires dont la manifestation acoustique est le souffle systolique de pointe.

Nous ajouterons :

c) L'insuffisance mitrale, qui permet à chaque systole la pénétration d'une certaine quantité de sang sous pression dans le système oreillette-gauche-veines-pulmonaires, est une éventualité peu fréquente, grave et qui se traduit par des signes fonctionnels et organiques pulmonaires toujours importants. Il est possible et même probable que cette régurgitation mitrale n'a aucune traduction acoustique, comme dans le cœur droit où l'insuffisance tricuspidiennne ne comporte aucune apparition de souffle. Les constatations radiologiques ne contredisent pas cette manière de voir, si l'on songe que les sténoses mitrales sans souffle systolique comptent 30,9% d'images de stase hilo-pulmonaire et 26,8% de manifestations pneumopathiques. Les constatations nécropsiques ne sont pas non plus contradictoires, des sténoses mitrales sans souffle systolique avec grosse stase hilo-pulmonaire et pneumopathie s'avérant comme formées d'un plancher mitral rigide peu apte à une fermeture étanche.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

1° Le souffle systolique de la pointe a été pendant très longtemps et est encore par certains, considéré comme exprimant une insuffisance mitrale, c'est-à-dire une régurgitation systolique du ventricule dans l'oreillette gauche à travers l'orifice valvulaire incomplètement fermé.

2° Par analogie avec l'insuffisance tricuspidiennne qui détermine un système veineux cave et un foie pulsatiles systoliques, l'insuffisance mitrale doit entraîner les mêmes conséquences mécaniques dans le domaine des veines pulmonaires et des troubles pulmonaires subjectifs et objectifs.

L'anatomie pathologique a déjà montré, dans la mesure où elle pouvait le faire, la rareté de l'insuffisance mitrale.

En attendant la démonstration directe d'un reflux mitral systolique, il restait à interroger l'observation clinique en cherchant dans un grand nombre de cas le comportement des souffles systoliques de pointe, dits « organiques » tant par leurs caractères acous-

tiques que par leur apparition après une crise rhumatismale juvénile confirmée.

3° Les résultats de l'enquête portant sur 530 cas d'affections mitrales dont 315 caractérisées seulement par un souffle systolique isolé ou accompagnant d'autres lésions valvulaires, sont consignés sur des tableaux d'ensemble.

On peut y voir (constatations déjà maintes fois faites, conséquences déjà depuis longtemps admises) que les souffles systoliques de pointe isolés indiquent en général une atteinte valvulaire bénigne, non évolutive, bien compensée, bien tolérée, sans phénomènes pneumopathiques, déformant peu la silhouette radiologique : que les souffles systoliques accompagnant d'autres lésions valvulaires n'apportent pas une modification sensible à leur comportement, que les troubles constatés sont toujours en proportion moindre que dans les sténoses mitrales (sans souffle systolique).

4° Ces constatations cliniques qui avaient besoin d'être chiffrées pour servir d'argument de valeur, s'élèvent contre la notion de l'insuffisance mitrale tirée du souffle systolique de pointe. Elles montrent par ailleurs que ce n'est pas du côté auriculaire, mais que c'est du côté ventriculaire qu'il faut chercher le mécanisme de production du souffle ; l'augmentation de la cavité du ventricule gauche est favorable au développement de remous sonores, dont les travaux antérieurs ont prouvé l'existence et le rôle.

5° Si, comme on est en droit de le faire, on pousse jusqu'au bout l'analogie avec l'insuffisance tricuspidiennne, l'insuffisance mitrale ne se traduit pas nécessairement par un souffle. Il faut la dépister dans les signes fonctionnels pulmonaires et dans les aspects radiologiques. On s'explique ainsi le nombre élevé de sténoses mitrales à évolution pulmonaire sévère, où le syndrome radiologique de stase veineuse existe au maximum et chez quelques-unes desquelles l'examen nécropsique a montré un diaphragme mitral rigide n'offrant aucune garantie de fermeture étanche.

Vu : le Président de la thèse,
GUILLAIN.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- CABOT R. — Facts on the heart. W. B. Saunders C^o 1926, p. 293.
- COWAN I. et RITCHIE W. T. — Diseases of the Heart, 1 vol., W. Wood et C^o, Baltimore, 1935, p. 351.
- DE LA CHAPELLE C. E., GRAEF I. et ROTTINO A. — Studies in rheumatic heart disease. An analysis of 119 hearts with special reference to the relationship of auricular fibrillation to mitral valvular deformity and certain tissue change. *Am. Heart J.* **10**, n^o 1, 62, 1934.
- FINEBERG M. H. et STEUER L. G. — Apical systolic murmurs in children. Follow up observations in 100 cases. *Am Heart J.* **7**, n^o 5, 553, 1932.
- HUCHARD H. — Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, 3 vol. Paris, O. Doin, p. 618, 1905, 3^e édit.
- LAUBRY CH. et ROUTIER D. — Nouveau traité de Pathologie interne, t. III. 1^{re} partie, Maladies du cœur, 1 vol. Paris Doin et C^o, 1930, p. 504.
- LAUBRY CH., ROUTIER D., HEIM DE BALSAC R. et JOLY F. — Dilatation anévrysmale de l'oreillette gauche. *Rev. de Méd.*, 1936.
- LEWIS, Sir THOMAS. — Diseases of the heart, 1 vol. Mc Millan and C^o, London, 1934, p. 146.
- MAREY E. J. — Physiologie médicale de la circulation du sang, 1 vol. Paris, Delahaye, 1863, p. 518.

POTAIN C. — Clinique médicale de la Charité, 1 vol.
Paris Masson, 1894, p. 261.

ROUTIER D. et HEIM DE BALSAC R. — Les endomyocardites mitrales (Entité nosologique) *Presse Méd.*,
43, n° 104, 2118, 1935.

ROUTIER D. et THIROLOIX P. L. — Considérations pratiques tirées de l'étude pathogénique et clinique des souffles cardiaques. *Gaz. Méd. de France*, **39**, n° 14, 1932.

THIROLOIX P. L.. — Les souffles organiques du cœur, 1 vol. Paris, Legrand, 1931.

1652. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1936.
